



Karlstads universitet
Avdelningen för politiska och historiska studier

Henrik Svensson

**Sjukvårdens professioner och
evidensbaserad vård**

Magisteruppsats, MPA
Höstterminen 2007

Handledare: Henrietta Huzell

Sammanfattning

Magisteruppsats: Master of Public Administration, Karlstads universitet,
Avdelningen för politiska och historiska studier, Ht 2007

Författare: Henrik Svensson

Handledare: Henrietta Huzell

Titel: Sjukvårdens professioner och evidensbaserad vård

Denna studie har sin utgångspunkt i spänningsförhållandet mellan sjukvårdens professioner i relation till vårdens fortsatta utveckling och införande av nya arbetssätt. Syftet med projektet har varit att öka kunskapen om de olika professionella identiteternas betydelse för utvecklingen av nya arbetssätt i hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Jag har sökt svar på följande frågeställningar:

- Finns skillnader, och i så fall vilka, i sjukvårdspersonalens uppfattning om och tillämpning av evidensbaserad kunskap utifrån sin grundprofession och utifrån verksamhetschefens grundprofession?
- Hur upplever verksamhetschefer med olika grundprofession sin roll i utvecklingen av nya arbetssätt i allmänhet och i arbetet med implementeringen av evidensbaserad kunskap i synnerhet?

Detta har undersökts kvantitativt, via enkäter till anställda läkare och sjuksköterskor vid tio vårdcentraler i Örebro län samt kvalitativt via semistrukturerade intervjuer med verksamhetscheferna vid samma enheter.

Studien kan inte påvisa skillnader i de anställdas förhållningssätt till evidensbaserad kunskap och tillämpning av denna utifrån verksamhetschefens grundprofession. Däremot påvisas att systemet inte är neutralt i förhållande till chefens grundprofession och att de olika professionella gruppernas förhållningssätt skiljer sig åt i viktiga avseenden. Detta styrker uppfattningen att sjukvårdens professioner är av avgörande betydelse för vårdverksamhetens utveckling.

Abstract

A study based on the tension between different professional groups in health care in relation to developing care and introducing new work procedures.

The purpose of the project has been to enhance the knowledge regarding professional identities and how they affect development of new work procedures in health care organizations.

The following issues have been looked into:

- Are there differences, and if so, what differences, in the view and practice of evidence based knowledge based on the clinical manager's primary profession?
- How do clinical managers with different primary profession (nurses and physicians) experience their roll in developing new work procedures, and in applying evidence based knowledge?

This has been investigated quantitatively, by questionnaires to employed general practitioners and nurses at ten primary care unit within the County council of Örebro, in the middle of Sweden. To perceive a qualitative dimension, the clinical managers of the same units have been interviewed.

The study has not been able to show significant divergences in the views of the employees on the basis of the clinical manager's primary profession. On the other hand, it is shown that the system is not neutral regarding the clinical manager's primary profession and that the professional groups have different views in significant aspects. This verifies that the professional groups of employees are of crucial importance for the development of health care.

Förord

Jag vill tacka dem som medverkat till att arbetet med denna uppsats kunnat genomföras.

Först ett tack till min familj för ert stöd trots att jag under det senaste halvåret lagt en mycket stor del av det som borde varit vår gemensamma tid på arbete och studier.

Stort tack till Henrietta Huzell för en mycket god handledning.

Tack också till alla intervjuade verksamhetschefer och till de läkare och sjuksköterskor som besvarat min enkät.

Innehåll

1	INLEDNING.....	1
1.1	SJUKVÅRDEN - EN PROFESSIONELL BYRÅKRATI.....	2
1.2	EVIDENSBASERAD VÅRD – ETT NYTT STYRMEDEL?	6
1.3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	10
2	ORGANISERING OCH STYRNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	10
2.1	MAKTFÖRDELNING INOM OCH MELLAN TRE DOMÄNER.....	11
2.2	ÖMSESIDIGA BEROENDEN.....	13
2.3	HIERARKIER, MARKNAD OCH NÄTVERK.....	14
2.4	SJUKVÅRDEN I EN INTRESSENTMODELL	15
2.5	SJUKVÅRDEN SOM SYSTEM.....	16
3	VARFÖR IMPLEMENTERAS INTE EVIDENSBASERAD VÅRD FULLT UT?	19
3.1	KRITIK MOT METODEN	19
3.2	PRAKTISKA HINDER	20
3.3	LEDAREGENSKAPERS BETYDELSE	22
4	METOD	28
4.1	VAL AV METOD	28
4.2	URVAL AV ENHETER	29
4.3	ENKÄTUNDERSÖKNING	32
4.4	INTERVJUER MED VERKSAMHETSCHEFER	35
5	RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS.....	36
5.1	KÄLLOR TILL EVIDENSBASERAD KUNSKAP	36
5.2	KÄNNEDOM OM VÅRDPROGRAM OCH BEHANDLINGSRIKTLINJER.....	40
5.3	BETYDELSE OCH ANVÄNDNING AV VÅRDPROGRAM OCH BEHANDLINGSRIKTLINJER.....	41
5.4	ANSVAR FÖR VÅRDPROGRAM OCH BEHANDLINGSRIKTLINJER	45
5.5	HUVUDANSVARET FÖR ATT EVIDENSBASERAD KUNSKAP ANVÄNDS	48
5.6	BETYDELSEN AV VERKSAMHETSCHEFENS GRUNDPROFESSION	52
6	DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....	53
7	REFERENSER.....	60
	BILAGA 1 - ENKÄT.....	66
	BILAGA 2 - UNDERLAG FÖR INTERVJUER MED VERKSAMHETSCHEFER	71

1 Inledning

Hälso- och sjukvård bedrivs av organisationer där utvecklingen av kunskapsmängden sker mycket snabbt. Dessa organisationer är helt beroende av sina professionella anställda. Samtidigt som de sjukvårdsprofessionella grupperna är en förutsättning för en fortsatt positiv utveckling av verksamheten innebär deras kunskapsbaserade maktposition ett hinder för andra aktörer med uppdrag att styra sjukvården. Att det även finns en inbördes kamp om inflytande mellan olika professioner i vården illustreras tydligt i ett temanummer av Svenska sjukhusläkarföreningens tidskrift (5/2005) "Sjukhusläkaren". Temat var *Vem kan leda svensk sjukvård rätt?* och föreningens ordförande Marie Wedin hävdade i sin ledarartikel att "För en optimalt fungerande sjukvård krävs en läkare som chef". Denna uppfattning har inget stöd i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), som betonar betydelsen av verksamhetschefens ledaregenskaper men förhåller sig neutral när det gäller vederbörandes grundprofession.

En företeelse som anknyter till utvecklingen och styrningen av vården och som också debatterats intensivt under det senaste decenniet, både i Sverige och internationellt, är evidensbaserad kunskap och dess tillämpning i sjukvården. Evidensbaserad vård har under de senaste decennierna växt fram som en metod för styrning av sjukvården mot mer ändamålsenliga och därmed kostnadseffektiva arbetssätt. Den offentliga sjukvårdens politiker och ledande tjänstemän har ställt sig bakom och ofta försökt påskynda denna utveckling. Implementeringen av dessa nya arbetssätt har dock i många avseenden varit problematisk, vilket illustrerar svårigheten att styra hälso- och sjukvårdsorganisationer. De professionella gruppernas betydelse är i detta sammanhang central. De driver den fortsatta kunskapsutvecklingen, men är också bärare och bevarare av vissa av de kulturer och arbetssätt som sjukvårdsorganisationernas ledare strävar efter att förändra.

Föreliggande undersökning har sin utgångspunkt i detta spänningsförhållande mellan sjukvårdens professioner i relation till vårdens fortsatta utveckling och införande av nya arbetssätt. Särskilt fokuseras på betydelsen av verksamhetschefens grundprofession i detta avseende.

1.1 Sjukvården - en professionell byråkrati

Det är vida känt att hälso- och sjukvårdsorganisationer innehåller starka professionella grupper. Läkare har som innehavare av den medicinska professionen varit den ledande gruppen som drivit den medicinska utvecklingen framåt. Ansvariga chefer för kliniska (där patienter utreds och/eller behandlas) medicinska verksamheter har fram till 1990-talet varit läkare. År 1997 infördes i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, nya bestämmelser om ledningen av hälso- och sjukvården. Sedan dess benämns en ansvarig chef inom hälso- och sjukvård verksamhetschef. Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret inom en avgränsad verksamhet och har en skyldighet att knyta till sig den kompetens som krävs för att kunna fullgöra sitt ansvar. Före 1997 benämndes motsvarande chef i författningen som chefsöverläkare och följaktligen fanns krav på att han/hon skulle vara läkare. Nu för tiden finns inga formella krav på att verksamhetschefen ska ha hälso- och sjukvårdsutbildning och chefsöverläkarbegreppet kvarstår endast inom vissa sjukvårdsverksamheter som innefattar myndighetsutövning med inslag av tvång, t ex inom psykiatri.

Av förarbetena till lagstiftningen och av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) framgår att verksamhetschefens egenskaper samt kompetens som ledare bedöms som väsentliga för att han/hon skall kunna leda verksamheten och tillgodose kravet på högsta möjliga patientsäkerhet inom verksamheten. Detta innebär bl.a. att verksamhetschefen bör ha organisations- och struktureringsförmåga, förmåga att kunna fatta beslut och kunna uppdraga åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter i de fall han/hon som chef inte har den fackkompetens som krävs för att leda sådan verksamhet. Andra viktiga egenskaper för en verksamhetschef som nämns i HSL är samarbetsförmåga, initiativförmåga, förmåga att motivera och entusiasmera sina medarbetare samt att kunna hantera stressituationer. Verksamhetschefens grundprofession nämns däremot inte som en väsentlig faktor. Formuleringarna i HSL förefaller vara baserade på idén om ledarskapet som en profession i sig och om det goda ledarskapet som en viktig förutsättning för utveckling av alla verksamheter oavsett specifik branschkunskap. Just dessa tankegångar är en bärande komponent i filosofin bakom New Public Management (NPM) och förnyelsen av den offentliga sektorn i allmänhet (Hood 1995, Montin, 2004). Influenser från NPM har påverkat ledningen av hälso- och sjukvården och därmed professionernas roller även på andra sätt.

Ekonomifokuserad målstyrning och efterkontroller har ersatt regelstyrning och processkontroll. Detta i kombination med öppna redovisningar av jämförelser av kvalitetsparametrar i vården har minskat enskilda professionella aktörers manöverutrymme (Harrison och Dowsell 2002, Degeling m fl, 2003).

Efter revideringen av HSL för tio år sedan har verksamhetschefer med andra professioner än läkare blivit allt mer vanligt förekommande, särskilt inom primärvården. En nyligen genomförd kartläggning visar att en majoritet av verksamhetschefer inom den svenska sjukvården totalt sett har en yrkesbakgrund som läkare (58 procent), medan 27 procent är sjuksköterskor och 15 procent ”övriga”. I gruppen ”övriga” återfinns framför allt psykologer, arbetsterapeuter, undersköterskor och officerare (Granestränd, 2005). Samma undersökning visar att inom primärvården är andelen sjuksköterskor som verksamhetschefer betydligt högre (44 procent) medan läkare utgör 42 procent och gruppen ”övriga” 13 procent. Under de senaste åren har en stundtals hätsk debatt förts mellan olika grupper om vilken profession som är bäst lämpad att leda den svenska sjukvården. En uppfattning som ofta framförs, framför allt från läkarhåll, är att andra chefer än läkare på grund av sin avsaknad av specifik medicinsk kompetens inte har samma möjlighet att på ett adekvat sätt göra de bedömningar som krävs för att driva utvecklingen framåt i verksamheten. Inte heller har dessa chefer samma möjligheter att implementera nya medicinska rön i det dagliga arbetet. Temanumret 5/2005 av Svenska sjukhusläkarförbundets tidskrift ”Sjukhusläkaren” innehåller ett antal artiklar som propagerar för att läkare bör vara chefer i sjukvården medan andra professioner är mindre lämpade som chefer. I samma tidskrift (Sjukhusläkaren 4/2005) skriver Thomas Ihre, f.d. ordförande i Svenska Läkarförbundet och senare i Svenska Läkarsällskapet i debattartikeln ”Verksamhetschefen behöver en avlösare”:

Det finns i Sverige enstaka verksamhetsområden som leds av icke-läkare och som fungerar väl. Likafullt är det viktigt att läkare tar på sig chefskapet, just för att de kan bedöma de medicinska behoven och bättre leda sina kollegor till utveckling av verksamheten.

Det är här mycket tydligt att läkaren som chef betraktas som den norm som bör råda. Andra hävdar däremot att det är ledarskapets kvalitet som är avgörande snarare än grundprofessionen och att en klok chef ser till att omge sig med de kompetenser som krävs för att

till exempel föra den medicinska utvecklingen framåt. I en kommentar i tidskriften Dagens medicin (48/2005, www.dagensmedicin.se) skriver Vårdförbundets ordförande Anna-Karin Eklund:

Avgörande är att vården ska ge individer bra vård – oavsett chefens yrkestitel. Om svensk vård framöver ska vara av verklig världsklass krävs att vi som arbetar i vården gemensamt driver förbättringsarbetet – och inte låter traditioner och fördomar begränsa vår förmåga att se nya lösningar.

Det finns även röster ur läkargruppen som tonar ner konflikten mellan professionerna. I Läkartidningen (05/2006, sid. 304) argumenterar Thomas Lindén, ordförande i Svenska läkarförbundets chefsförening, för vikten av att sjukvårdens chefer oavsett grundprofession får rimliga förutsättningar att verka i sin ledarroll. Han skriver bland annat:

Om en av de viktigaste förutsättningarna för en god arbetsmiljö för alla är en bra chef – är det inte då viktigare att diskutera vad som gör en bra chef än vem som skall få eller inte få vara chef i sjukvården?/.../Istället för att polemisera mellan olika yrkesgrupper om vilken profession som lämpar sig bäst för chefspositioner borde vi, åtminstone vi som företräder dem som är verksamma som chefer, fundera över hur vi förbättrar och förstärker chefskapet i svensk sjukvård.

Debatten mellan professionerna om chefskapet i vården har också kommenterats av politiska företrädare. Paul Håkansson (s), ordförande för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning menar att :

Läkarna måste visa att de tillför ett mervärde som chefer och att de är beredda att ta ett chefsansvar. Men i dag möter jag i stället många läkare som inte är intresserade av att vara chefer” (Dagens medicin, 2006-01-18, www.dagensmedicin.se)

Denna dragkamp mellan professionerna om ledarskapet i vården är ett av flera uttryck för en sedan århundraden ständigt pågående kamp om vem som ska ha rätten att utföra visst arbete inom sjukvården. Andra aktuella revirstrider utöver den om det formella ledarskapet handlar om vem som ska ha rätten att skriva ut vissa läkemedel, vem som ska dokumentera vad etc.

I och med de olika gruppernas strävan att profilera sig inom sjukvårdsorganisationen uppstår oundvikligen mer eller mindre öppna målkonflikter. Hallin och Siverbo (2002) beskriver både det hierarkiska förhållandet mellan vårdens olika professioner och den på senare år minskade självständigheten för den medicinska professionen:

Det är framför allt ekonomins ökade betydelse och en därmed förändrad diskurs inom sjukvården samt en närmare uppföljning av verksamheten som har inneburit att administrativ ledning och politiker har flyttat fram sina positioner. Samtidigt har sjuksköterskorna målmedvetet arbetat för en ökad professionalisering av sitt yrke och ett ökat ledningsansvar i verksamheten. Medicinsk information har blivit mer tillgänglig för medborgarna och patientens ställning har stärkts i lagstiftningen. Sammantaget har det inneburit att den medicinska professionens autonomi har nagats i kanten från olika håll. (Hallin och Siverbo 2002, sid. 49-50)

Det är ett allmänt känt faktum inom hälso- och sjukvårdsorganisationer att yrkesgrupper och individuella medarbetare i vårdens professionella miljö ibland betraktar egna mål för sin del av verksamheten som viktigare än organisationens övergripande. Oskrivna regler kan ibland betraktas som viktigare än skrivna. Om konflikt skulle uppstå mellan olika mål bedöms inte sällan enskilda patienters eller patientgruppers behov som viktigare för verksamhetens inriktning och utveckling än övergripande mål formulerade av organisationens formella ledning. Förutom det formella uppdrag som läkare, sjuksköterskor och andra professionella yrkesutövare har som anställda i hälso- och sjukvårdsorganisationen finns också ett annat uppdrag som t. ex. formuleras i yrkesetiska regelverk och som inte sällan av individen uppfattas som överordnat. Av Mintzbergs (1993) organisationstypologier avspeglar den professionella byråkratin den faktiska maktstrukturen i hälso- och sjukvårdsorganisationer. Denna kännetecknas av en stor operativ kärna jämfört med de andra delarna. Organisationen är platt, med ett litet avstånd mellan den strategiska ledningen och den operativa kärnan. De olika sektorerna utbyter lite information mellan varandra och reagerar därför långsamt på förändringar.

Ett fenomen som illustrerar förekomsten av målkonflikter är den tilltagande graden av specialisering inom sjukvården. Specialiseringen är en följd av, och sannolikt också en förutsättning för, den snabba kunskapsutvecklingen inom sjukvården. Samtidigt medför den dock en risk

för fragmentisering och suboptimering av verksamheten. Abbott, som citeras av Anell (2004), menar att en process mot ökad specialisering och systematisering som resultatet av konkurrens om rätten till visst arbete är ett generellt fenomen som återfinns inom alla branscher. Abbott hävdar att denna utveckling också får konsekvenser för den service som tillhandahålls: *"Where professional knowledge is highly systematized, complex problems are likely to be ignored. Parts of them will be handled by various professions, but there will be no service to them as unified wholes"* (Anell 2004, s. 29). Ett begrepp som illustrerar detta är "multisjuka patienter", vilket ofta används som beteckning på människor med behov av insatser från flera olika sjukvårdsinstanser. De sjuka själva upplever sig dock sällan som "multisjuka", utan vill helst få sina behov tillgodosedda av så få vårdgivare som möjligt. Anell hävdar att de professionella drivkrafterna varit avgörande för hälso- och sjukvårdens struktur, organisation och resursfördelning.

Man kan också anlägga ett kulturellt och socialt perspektiv på förhållandet mellan sjukvårdens olika professionella grupper. Inom sjukvården finns skilda kulturella sfärer på basen av vårdens olika professioner och specialistområden. Det finns också en inbyggd motsättning inom sjukvården som en å ena sidan traditionellt hierarkisk miljö med befattningar som överläkare-underläkare, sjuksköterska-undersköterska och å andra sidan som en modern kunskapsorganisation med teamarbete och flexibelt ledarskap. Lindgren (1992), som beskriver de sociala relationerna i vårdens vardag talar om tre världar som representerar de tre hierarkinivåerna på en sjukhusklinik.

Sjukvården är således en ur styrningssynpunkt tämligen komplex verksamhet, där de professionella gruppernas självständighet och stora inflytande kan upplevas som problematisk av tjänstemän och politiker. Det är därför inte förvånande att nya styrformer och organisationskoncept snabbt anammas av sjukvårdshuvudmännen.

1.2 Evidensbaserad vård – ett nytt styrmedel?

Evidensbaserad medicin (Evidence Based Medicine, EBM) är ett begrepp som sedan början av 1990-talet fått ett allt större genomslag i hälso- och sjukvårdsorganisationer såväl internationellt som i Sverige. Med evidens avses vetenskapliga belägg eller bevis. EBM har sin ve-

tenskapliga bakgrund i klinisk epidemiologi (läran om sjukdomars utbredning i befolkningen) och grundarbetet bakom konceptet utfördes av en grupp kliniska epidemiologer vid McMaster-universitetet i Ontario, Kanada i slutet av 1970-talet. Arbetet inspirerades bland annat av Archibald Cochrane, en brittisk tuberkulosforskare och epidemiolog, som i *Effectiveness and efficiency : random reflections on health services* (1972) argumenterade att en stor del av utredningar och behandlingar inom medicinen inte kunde bevisas vara effektiva.

Efter bildandet av the Cochrane Collaboration, en internationell sammanslutning som verkar för sammanställning och spridning av randomiserade kontrollerade medicinska studier (där patienterna fördelas slumpmässigt till att antingen få en experimentell behandling eller en kontrollbehandling), har nationella organisationer byggts upp i många länder med uppdrag att verka för implementeringen av EBM i vården. EBM beskrivs av sina mest entusiastiska ambassadörer, t ex ”The Evidence Based Medicine Working Group” (1992) som ett nytt paradigm inom praktiserandet av medicin. EBM består av följande huvudsakliga inslag (Jacobson m fl, 1997):

- Medicinska beslut ska grundas på bästa tillgängliga vetenskapliga evidens.
- Det medicinska problemet avgör vilka evidens som ska sökas.
- Vid sökande av evidens ska epidemiologiska metoder användas.
- Evidens blir meningsfulla att använda först vid medicinska beslut rörande enskilda patienter
- Medicinska resultat ska fortlöpande utvärderas.

Nomenklaturen inom området evidensbaserad av sjukvården är inte helt tydlig och ofta blandas de olika begreppen ihop med varandra. I denna text har jag använt begreppet *evidensbaserad vård* som en sammanfattande beskrivning av de två delarna *evidensbaserad medicin* och *evidensbaserad omvårdnad*. *Evidensbaserad kunskap* finns tillgänglig inom båda dessa områden. En tydlig professionell uppdelning finns mellan medicinsk utveckling som i huvudsak fortfarande drivs av läkare, och utveckling inom omvårdnad som finns inom sjuksköterskornas professionella revir. Den engelska termen för omvårdnad - *nursing* - illustrerar detta tydligt.

Alltsedan EBM introducerades som ett nytt paradigm för en mer effektiv sjukvård har en polariserad debatt pågått om dess användbarhet i den kliniska vardagen. Metodiken har kritiserats på en rad punkter, varav kan nämnas att ny kunskap inte hinner bli evidensbaserad tillräckligt snabbt, att "kokböcker" riskerar att ersätta vårdandets konst och hämmar den kreativitet som den medicinska kunskapsutvecklingen bygger på, och att kontrollerade studier inte till fullo avspeglar hela verkligheten. Det finns också en kritik som går ut på att EBM i sig själv inte är evidensbaserad, d.v.s. att det saknas bevis för att den leder till en mer effektiv sjukvård (Cohen m fl 2004, Ivarsson 2005). Den vanligaste kritiken tar fasta på att epidemiologiska evidens endast är en av många faktorer som medicinska beslut bör grundas på, i en komplex verklighet där varje patients individuella behov måste vägas in.

Man kan ana en lockelse i den rationalitet och löften om ökad effektivitet som EBM signalerar för hårt prövade sjukvårdspolitiker och tjänstemän. Finns här lösningen på den svåra ekvationen att få en kraftigt växande efterfrågan på nya medicinska metoder att inrymmas i ett begränsat ekonomiskt utrymme i den offentliga sjukvårdens ransoneringsekonomi? I USA har begreppet *managed care* på senare år kommit att användas som beteckning för metoder att öka kostnadseffektiviteten inom sjukvården. En ökad grad av evidensbaserad vård ingår i dessa strävanden. Här finns en koppling mellan EBM och filosofin bakom New Public Management (NPM), som är tydlig även på andra sätt. Tanken att sjukvårdsinsatser på ett mer uttalat sätt än tidigare kan mätas och effektiviseras är central inom EBM och överensstämmer med idén inom NPM om uppföljning av mätbara mål som dessutom är en del i ett tydliggjort chefsansvar. Det finns också en koppling mellan evidensbaserad vård och de senaste årens öppna redovisningar av sjukvårdens resultat som anknyter till kundvalsfilosofin inom NPM. Öppna resultatredovisningar underlättar också en uppdelning mellan beställning och utförande med målstyrning. Dent (2006) menar att de senaste årens reformer av många europeiska länders hälso- och sjukvårdssystem influerade av NPM har medfört en förändrad roll för vårdens professioner:

These reforms, which are associated with New Public Management, have been aimed at bringing the cost and quality of health care more effectively under the control of the state. This has involved redefining the compact or contract between the medical profession, public and the state. In this project greater emphasis is being

formally given to the wishes of patients. Rather than the physician claiming to be the patient's voice it is now the state administration's assertion to have provided the patient with their own voice(s) - and choices (Dent 2006, s. 458)

Harrison och Dowswell (2002) använder begreppet *bureaucratic accountability* för att beskriva de krav på ökad följsamhet till behandlingsriktlinjer och dokumentation som innebär en begränsad frihet för den enskilda läkaren.

Det har funnits ett stort intresse från sjukvårdshuvudmän och myndigheter för att bidra till spridningen av EBM, såväl internationellt som i vårt land. I Sverige finns sedan 1988 SBU (statens beredning för medicinsk utvärdering), som är en fristående statlig myndighet med regeringens uppdrag att utvärdera sjukvårdens metoder med målet att vårdens kvalitet och tillgänglighet ska förbättras. Ett ytterligare exempel på intresset för evidensbaserad vård är att tidigare Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet inför sammanslagningen formulerade ett *program för att stärka den kunskapsbaserade/evidensbaserade hälso- och sjukvården* (Spjuth och Hyttsten, 2004).

Föreställningen om den helt rationella, kostnadseffektiva evidensbaserade vården måste betraktas som en utopi, men att det finns en strävan från sjukvårdens politiska och administrativa ledningar mot en ökad evidensbaserad vård är en realitet. Detta innebär en förväntan om förändrade arbetssätt hos vårdens professionella grupper och därmed en utmaning mot deras självständighet. Vårdens verksamhetschefer förväntas hantera den ledarskapsutmaning och den balansgång det innebär att driva evidensbaseringen framåt mot ett förväntat motstånd. Cheferna förväntas också kunna hantera olika förhållningssätt hos olika professionella grupper inom personalen, liksom individuellt motstånd mot förändringar. Jag har i denna undersökning valt att fokusera på professionernas betydelse och förhållningssätt i arbetet med en ökad evidensbaserad vård. Trots den livliga debatten om betydelsen av verksamhetschefer grundprofession för den medicinska utvecklingen saknas systematisk forskning som påvisar sådana samband.

1.3 Syfte och frågeställningar

Mot denna bakgrund har jag valt att undersöka förhållningssättet hos hälso- och sjukvårdspersonal samt verksamhetschefer med olika profession gentemot evidensbaserad vård i allmänhet och lokala behandlingsriktlinjer som tillämpning av evidensbaserad kunskap i synnerhet. Syftet med projektet är att öka kunskapen om de olika professionella identiteternas betydelse för utvecklingen av nya arbetssätt i hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Jag har sökt svar på följande frågeställningar:

- Finns skillnader, och i så fall vilka, i sjukvårdspersonalens uppfattning om och tillämpning av evidensbaserad kunskap utifrån grundprofession och utifrån verksamhetschefens grundprofession?
- Hur upplever verksamhetschefer med olika grundprofession sin roll i utvecklingen av nya arbetssätt i allmänhet och i arbetet med implementeringen av evidensbaserad kunskap i synnerhet?

I de följande avsnitten ges en fördjupning i den nuvarande kunskapen om ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsorganisationer samt om orsaker till att evidensbaserad vård inte tillämpas fullt ut.

2 Organisering och styrning av hälso- och sjukvård

Vad är det som gör att sjukvården tycks ha inneboende drivkrafter som är svåra att kontrollera för de som är satta att leda verksamheten samtidigt som den formella ledningen ofta ifrågasätts av vårdens inbördes konkurrerande professionella grupper? I detta kapitel redovisas faktorer som lyfts fram genom tidigare forskning: maktförhållanden, hierarkier och ömsesidiga beroenden. Här ges också en beskrivning av sjukvårdsorganisationers komplexitet utifrån de olika logiker som sjukvårdens aktörer agerar utifrån.

2.1 Maktfördelning inom och mellan tre domäner

Hälso- och sjukvårdsorganisationer är komplicerade system, där yrkesgrupper och intresser konkurrerar med varandra om inflytande över utvecklingen. Hallin och Siverbo (2002) beskriver tre domäner som kännetecknas av olika värderingar och logiker avseende ledning och styrning: Vårdens professionella sfär med kunskapsbaserade hierarkier mellan och inom yrkesgrupper, tjänstemannaledningen med en tydlig byråkratisk hierarki och den politiska ledningen med sina hänsynstaganden gentemot medborgarnas mer eller mindre uttalade behov.

Inom *den sjukvårdsprofessionella sfären* finns hierarkier mellan och inom yrkesgrupper. Lindgren beskriver i *Doktorer, systrar och flickor* (1992) en sjukvårdsorganisation med tydliga hierarkinivåer där såväl kön som personernas sociala och geografiska bakgrund och övriga livsomständigheter gör att de olika grupperna lever och arbetar i skilda världar. I *Klass, kön och kirurgi* (1999) utvecklar Lindgren hur organisationsförändringar och införandet av ”medarbetarskap” och andra nya arbetsformer påverkat interaktionerna mellan de olika grupperna när tidigare ”buffertkulturer” fått mindre betydelse. I doktorernas värld finns en ökande andel kvinnor, vilket lett till en förändrad men ändå kvarstående genusordning eftersom kvinnor och män ändå har olika förutsättningar vid val av karriärväg. Betydande statuskillnader existerar mellan olika specialistområden, där biomedicinsk kunskap, teknisk skicklighet och arbete på sjukhus ger högre status än psykosocial kunskap och arbete i den öppna vården. För sjuksköterskor finns också en annan aspekt som innebär att de med självständiga arbetsuppgifter, t ex inom ambulanssjukvård och förlossningsvård har en högre status än de med mindre utrymme för egna bedömningar. Forskarmeriter ökar statusen framför allt för läkare, och på universitetssjukhus.

Förhållningssättet för läkare gentemot enskilda patienter är starkt kopplat till läkaretikens normer som föreskriver att läkarens viktigaste uppgift är att ge en god vård utifrån patientens behov. En kliniskt skicklig läkare uppnår en hög status bland kollegor och annan vårdpersonal genom att skapa en hög vårdkvalitet utifrån de kriterier som växt fram inom den egna specialiteten. Resursbrist uppfattas ofta som ett hot mot den medicinska kvaliteten och den kliniska friheten (Bourn och Ezzamel, 1986). Gemensamma värderingar och attityder växer fram un-

der utbildningen och fortsätter sedan genom interaktionen med kollegor (Abrahamsson, 1986). Lojaliteten mot patienterna blir därigenom starkare än den mot organisationens ledning. Eftersom de professionella yrkesgruppernas beslut om utredning och behandling har en central betydelse för resursförbrukningen inom olika delar av sjukvårdssystemen är det i praktiken inom denna domän, och inte i den administrativa eller den politiska som en stor del av prioriteringarna i sjukvården sker. Montin och Olsson (1994) förklarar den starka professionella styrningen inom hälso- och sjukvården med att de medicinska professionerna var de som först kom in på arenan. Först därefter kom de förtroendevalda politikerna och administratörerna.

Den administrativa hierarkin är reglerad via en delegationsordning och uppdragsbeskrivningar som beskriver ansvar och befogenheter. Chefer i den hierarkiska linjeorganisationen företräder arbetsgivaren/sjukvårdshuvudmannen, förutsätts genomföra uppdrag och rapporterar uppåt till uppdragsgivaren som är chef på en högre organisatorisk nivå. Chefen har ett ansvar för personal, ekonomi och verksamhetens resultat. Den administrativa hierarkin sträcker sig över både den administrativa och medicinska domänen. Här finns en inbyggd konflikt eftersom andra värden (kostnadseffektivitet) prioriteras i den administrativa domänen än i den medicinska. De ledande administratörerna är ofta ekonomer, beteendevetare, sociologer eller andra typer av samhällsvetare. Huvudmoment inom den administrativa styrningen är utarbetande av olika former av underlag och att verkställa politiska och administrativa beslut.

Den formella styrningen av hälso- och sjukvården sker i *den politiska domänen*. Meningsmotsättningar är en viktig del av det politiska arbetet i en demokrati, vilket i praktiken innebär att ett landsting avlönar en del av sin styrelse för att vara oenig med andra ledamöter, åtminstone i övergripande ideologiska frågor. Politikerna ansvarar inför medborgarna för organisationens effektivitet i det yttre perspektivet - tillgänglighet, kvalitet och kostnader. Politikerna styr över sjukvården huvudsakligen genom beslut om resurstilldelning och direktiv om verksamhetens omfattning och inriktning. Det är den politiska ledningen som har det yttersta arbetsgivaransvaret. Detta kan vara ett politiskt dilemma vid behov av rationaliseringar, eftersom de anställda samtidigt är potentiella väljare.

Mer eller mindre konstant pågår konflikter mellan de tre domänerna om rollfördelning och makt.

Mintzberg beskriver i *Designing Effective Organisations* (1993) styrningen av sjukvårdsorganisationer som en kontinuerlig kamp där dessa olika intressen och normer interagerar. Flera hälsoekonomer anger effektivitet och rättvisa som de övergripande målen för hälso- och sjukvårdsorganisationer. Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger också att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. HSL anger också att ledningen skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. *Mintzberg* kallar sjukhus för professionella byråkratier vars produktion bygger på standardisering av professionell kunskap. Auktoritet är kärnan i den hierarkiska styrningen. Inom sjukvården bygger auktoriteten i första hand på kunskap och är i mindre grad baserad på legala-rationella element. Vid förändringar måste organisationens ledning ta hänsyn till professionens uppfattningar, vilket visats i flera studier av organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Som ett exempel kan nämnas Skåléns (2002) studie av mötet mellan kvalitetsidén inom New Public Management och de traditionella styrsystemen inom Landstinget i Värmland. Skåléns slutsats var att förändringstrycket ledde till en konservering och förstärkning av de olika aktörsgruppernas tidigare förhållningssätt snarare än till en anpassning och utveckling.

2.2 Ömsesidiga beroenden

Även om läkare och annan sjukvårdspersonal besitter verksamhetens kärnkompetens är de tre aktörsgrupperna ömsesidigt beroende av varandra eftersom de alla har behov av resurser som de andra förfogar över. Politikerna är beroende av den administrativa ledningens kompetens både för att få underlag för beslut och att verkställa dessa. Omvänt är den administrativa ledningen beroende av politiska beslut för sin ställning i organisationen och för sitt handlingsmandat. Den medicinska professionen behöver tillgång till administrativa kunskaper till exempel i olika personal- och ekonomifrågor, medan den administrativa ledningen i många fall har svårt att verkställa politiska beslut utan medverkan från läkarna. Läkarna har högre legitimitet och förtroende bland medborgarna än både politiker och administratörer, men skulle å sin sida inte kunna bedriva verksamhet utan de resurser som politikerna ställer till förfogande.

Enligt Pfeffer och Salancik (1978) är kontroll av tillgången till begränsade resurser är en central faktor i styrningen av organisationer. Läkarna uppfattar resursbegränsningar som ett hot mot den medicinska verksamheten och mot vårdkvaliteten och är därför beroende av dem som tillför hälso- och sjukvården ekonomiska resurser.

2.3 Hierarkier, marknad och nätverk

Hälso- och sjukvårdsorganisationer kan också beskrivas utifrån tre samhällsvetenskapliga idealmodeller för att samordna eller styra mänskliga aktiviteter: *marknad*, *hierarki* och *nätverk* (Hallin, Siverbo 2002). Modellerna fokuserar på värdeskapande transaktioner mellan de olika aktörerna i systemet. Inom hälso- och sjukvården tillämpas alla tre idealmodellerna samtidigt.

Marknadsförhållanden existerar bland annat i samband med lönebildning, upphandlingar och inköp. Marknadsstyrning medför svårigheter genom svårigheten att bestämma värdet på hälso- och sjukvårdens tjänster och genom att marknadsrelationer underlättar ett opportunistiskt beteende. Sjukvårdsorganisationer har många, och även parallella, *hierarkiska* nivåer.

Formellt styr politiker administratörer som styr den medicinska professionen, som styr den medicinska verksamheten och personalen där. Överläkare styr underläkare under utbildning parallellt med att chefer för en vårdenhets styr sjuksköterskor och undersköterskor. Eftersom det byråkratiska systemets auktoritet är begränsad i den sjukvårdsprofessionella domänen är hierarkisk styrning problematisk i sjukvården.

Nätverksteori är väl lämpad att beskriva villkoren för ledning och styrning i landsting (Blomgren m.fl. 1999). Enheterna i nätverk utgörs av noder, som i sociala nätverk ofta kallas aktörer. Aktörerna kan vara organisationer, enheter inom organisationer eller enskilda individer. I nätverket är aktörernas relationer centrala. De formas huvudsakligen genom olika aktiviteter och ömsesidiga beroenden. Aktörerna har behov av resurser som andra aktörer förfogar över för att uppnå sina egna mål. Styrningen av nätverk är komplex och baseras på att aktörerna kontrollerar och litar på varandra.

Att utgå från ett nätverksperspektiv kan ge en delvis annan bild av styrningens möjligheter och begränsningar inom hälso- och sjukvården. Landsting och andra hälso- och sjukvårdsorganisationer har en mängd relationer internt och med externa aktörer. Professionella nätverk har en central betydelse inom sjukvården. En stor del av alla medicinska ställningstaganden och åtgärder utförs inom ramen för olika professionella nätverk som överskrider organisationsgränser. En brist med nätverksstyrning inom sjukvård är risken för målkonflikter mellan ledande aktörer. Å andra sidan minskar behovet av hierarkisk styrning och kontroll om det finns ett ömsesidigt förtroende i en relation mellan aktörerna i ett nätverk.

2.4 Sjukvården i en intressentmodell

Hälso- och sjukvården har ett stort antal intressenter med komplexa inbördes förhållanden (Hallin, Siverbo 2002). *Patienter och deras anhöriga* efterfrågar tjänster som är tillgängliga när de behöver dem och att de har en hög kvalitet. Bemötande och information är andra viktiga kvalitetsparametrar. *Medborgarna* vill ha en god samhällsservice inklusive sjukvård och de vill veta vart de ska vända sig den dag de får behov av hälso- och sjukvården. De vill också ha valuta för sina skattepengar i form av en effektiv hälso- och sjukvård. *Vårdens anställda* efterfrågar bra arbetsförutsättningar vad avser lön, fortbildning, arbetsledning, handledning etc. De vill också arbeta i en organisation vars verksamhet har hög kvalitet och etisk nivå samt utvecklas väl. De anställda som har ledningsuppgifter efterfrågar också tydlighet avseende ansvar och befogenheter. *Politikerna* har en komplex roll i offentliga sjukvårdsorganisationer. Dels är de företrädare för medborgare och patienter. De styrande politikerna har som ytterst ansvariga för sjukvårdshuvudmannens personalpolitik en tydlig arbetsgivarroll, samtidigt som de inte sällan också får en roll som personalföreträdare. Vårdpersonalen är ju också väljare. Politikerna ställer också krav på den administrativa ledningen att presentera goda besluts- och uppföljningsunderlag. *Statliga politiska organ och myndigheter* har rollen att fastställa regelverk för de lokala och regionala huvudmännen och att följa upp vårdens kvalitet och effektivitet utifrån ett nationellt rättviseperspektiv. *Andra vårdgivare* såsom näraliggande landsting och kommuner, andra offentliga sjukvårdshuvudmän eller privata företag som sköter en del av de offentliga huvudmännens ansvarsområden via samverkans- eller vårdavtal.

Med dessa samarbetsparter föreligger ofta både en ren affärsrelation och ett samverkansförhållande som inte alltid är helt enkelt att särskilja. Det samma gäller gentemot *leverantörer* av utrustning, läkemedel, förbrukningsartiklar, tjänsteservice, lokaler etc.

Samtliga dessa intressenter har i större eller mindre grad inflytande över beslut. Detta leder lätt till en otydlighet om ansvar. Ledare inom sjukvårdsorganisationer har således många olika intressenters krav att ta hänsyn till, vilket komplicerar uppdragen. Det finns inte på samma sätt som inom privata sektorn ett tydligt mål med verksamheten (vinst till ägarna) och även jämfört med andra offentliga verksamheter kan hälso- och sjukvårdens intressentförhållanden beskrivas som mer mångfacetterade.

2.5 Sjukvården som system

Vikten av att de olika aktörerna ser sjukvården som ett system betonas av Degeling m fl. (2003), som hävdar att de professionella grupperna här har ett stort ansvar. Systematisering av det kliniska arbetet och ekonomistyrning upplevs idag av många läkare som ett hot, medan sjuksköterskor är mer positiva. Författarna efterfrågar ett utökat stöd för både ”managers” och kliniskt verksamma professionella för att möjliggöra en ansvarsfull autonomi i syfte att vidareutveckla vården. Werkö (2003) konstaterar i en kommentar beträffande svenska förhållanden att dagens komplexa sjukvård inte kan bygga endast på en profession. Många läkares uppfattning att just deras specialistområde är viktigare än allt annat är inte förenlig med dagens förhållanden där olika behov måste prövas mot varandra inom en starkt begränsad ekonomisk ram. Werkö kritiserar verksamhetschefsreformen inom Hälso- och sjukvårdslagen, som han ser som en nedvärdering av den medicinska professionen. Behovet av utbildning för både kliniker och administratörer bedöms som stort, liksom behovet av att alla som verkar inom vården, inte minst läkarna ser sig själva som en del i ett integrerat system.

Nolan (1998) hävdar att det för att vården ska kunna utvecklas i takt med införandet av nya medicinska metoder och förändrade ekonomiska villkor krävs en kontinuerlig utveckling av systemet. Systemets struktur är avgörande för dess prestanda samtidigt som strukturella förändringar riskerar att resultera i oönskade konsekvenser. En positiv utveckling förutsätter att många aktörers agerande förändras. För att förändringar ska kunna bli framgångsrika anser

Nolan att det krävs att hänsyn tas till de olika aktörernas personliga incitament. Ett förändrat system kan innebära en förbättring totalt sett, men kommer oundvikligen att försämra vissa personers förmåner. För att hjälpa aktörerna i systemet att se längre än till egenintresset bör förändringsprocessen fokusera på det som är bäst för patienterna. För att minska det motstånd mot systemförändringar som orsakas av arbetsinsatserna i själva förändringsprocessen menar Nolan att resurser bör avsättas för att lindra dessa. Olika personers olika preferenser kan utnyttjas, t. ex. när det är aktuellt att förändra arbetstider. Det är viktigt att de som leder en förändring är beredda att vid behov kompensera de som drabbas negativt. Vissa, men inte alla, kommer att acceptera en minskad påverkansmöjlighet i det nya arbetssättet genom en möjlighet att påverka ett större system via samarbete med fler. Detta förutsätter att ett tydligt positivt mål kan presenteras och kommuniceras.

Mintzberg (1997) hävdar att sjukvårdsorganisationer kan bli bättre på att lösa systemproblem via genomtänkta förändringar av kollektivt beteende. Han definierar fyra sätt att utöva ledarskap i sjukvårdsorganisationer:

- Uppåt – genom att huvudsakligen fokusera på den formella befälsordningen
- Nedåt – med fokus på den praktiska vården och dess resultat
- Inåt – genom att interagera med individer inom systemet
- Utåt – via interaktion med omgivningen

Genom att kombinera dessa perspektiv menar Mintzberg att man kan illustrera de fyra övergripande kompetensområdena i ett sjukhus: Omvårdnad (nedåt och inåt), medicinsk behandling (nedåt och utåt), kontroll (uppåt och inåt) samt samhälle (uppåt och utåt). Översatt till svenska förhållanden och genom att återknyta till den tidigare diskussionen kan vi här återfinna de tre domänerna där vårdprofessionen delats upp i sjuksköterskornas omvårdnadsprofession och läkarnas medicinska. Omvårdnaden på sjukhus karakteriseras av Mintzberg som en organisering av arbetet kring ”patienten i en säng”, medan läkarnas insatser organiseras inom sina specialistområden. Mintzbergs slutsats är att om sjukvårdssystem verkligen ska kunna förbättra sin effektivitet så är det inte vare sig omorganisationer eller tydligare ordergivning som är den framgångsrika metoden. Istället borde mer kraft ägnas åt samverkan mellan och samordning av de olika intressesfärerna:

If even a fraction of the efforts that are put into moving positions around on charts went into moving people around on floors, there might be an awful lot more collaborative activities in hospitals./.../Hospitals may seem enormously complicated. But with a change in mindset, from fragmentation to collaboration, they may prove more manageable than anyone thought (Mintzberg 1997, sid. 17)

Mintzberg ser alltså positivt på möjligheterna att styra sjukvårdsorganisationer som system trots den komplexitet i form av maktdomäner, hierarkier, olika arenor och en mängd intresser som redovisats i detta kapitel.

Samtidigt som ledning och styrning av sjukvård ur ett organisationsteoretiskt perspektiv tycks mycket komplicerad är den löpande verksamheten till sina väsentliga delar oftast väl fungerande. Vårdens anställda drivs av sina professionella mål och verksamheten fortsätter att utvecklas. En fråga man bör ställa sig är om detta sker på grund av eller trots de organisatoriska förändringar som med ökande frekvens genomförts i många sjukvårdsorganisationer med syftet att öka effektiviteten.

Stora förhoppningar knyts även i sjukvården till nya organisationskoncept som ofta hämtas från näringslivet till offentlig sektor och som sveper över världen (Røvik, 2000). Processorientering, Total Quality Management, Balanserad styrning, "Toyotamodellen" och Lean Production är bara några av dessa som varit aktuella i sjukvården på senare år.

Evidensbaserad vård kan ses som en av dessa nya metoder som sjukvårdsledningar önskar införa. I det följande avsnittet avhandlas orsaker till att evidensbaserad vård inte fått fullt genomslag trots att metodiken haft ett mycket starkt stöd från vårdens formella beslutsfattare under en relativt lång tid.

3 Varför implementeras inte evidensbaserad vård fullt ut?

De medicinska framstegen och medföljande möjligheter att behandla allt fler och allt äldre patienter anges av många bedömare som en av sjukvårdens största utmaningar inför framtiden. I ett underlag till Ansvarskommittén från 2003 – *Hälso- och sjukvården och dess utmaningar* (Olsson, 2003) – lyfter man bl.a. fram framtida ökade krav på ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsorganisationer. Även här anges det ökade kunskapsinnehållet som den största utmaningen, tillsammans med behovet av ökad tillgänglighet i primärvården, befintliga stora skillnader i produktivitet, professionella och geografiska revir och svag politisk styrning både i landsting och på statlig nivå.

I Skriften *Hälso- och sjukvården till 2030* utgiven av Sveriges kommuner och landsting som refereras av Calltorp m fl (2006) anger författarna en ökad tillämpning av evidensbaserad vård som en stor möjlighet – en förutsättning för klara finansieringen av systemet trots ett efter 2015 förväntat sviktande skatteunderlag. Att evidensbaserad vård inte tillämpas i högre utsträckning än idag ses här huvudsakligen som ett kunskaps- och attitydproblem. Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2005) påpekar vikten av att resultaten från vetenskapliga sammanställningar rörande god omvårdnad måste omsättas i vårdens vardag och tillämpas med utgångspunkt från vårdtagarens önskemål och behov. SSF menar att omvårdnaden behöver bli mer patientfokuserad, evidensbaserad och kostnadseffektiv.

3.1 Kritik mot metoden

Även om evidensbaserad vård med tiden fått allt fler förespråkare har dessa inte sällan fått försvara sig efter kritik från skeptiker. Ett exempel på detta är en artikel i *Läkartidningen*, där företrädare för SBU (statens beredning för medicinsk utvärdering) kommenterar det de uppfattar som feltolkningar av vad evidensbaserad vård egentligen innebär (Aspelin m fl, 2006). I Sverige är det just SBU som haft rollen som den främsta marknadsföraren av evidensbaserad vård. Trots att metoden har lanserats som ett verktyg för att uppnå en säkrare och mer kostnadseffektiv sjukvård har implementeringen i den kliniska vardagen varit svår att genomföra. Många författare har fördjupat sig i orsakerna till detta faktum.

Calltorp (1998) gav en bild av svensk sjukvård i slutet av 1990-talet (tio år efter att SBU startades) som en sjukvård där läkarna har en mycket stor klinisk frihet jämfört med USA, där "Managed Care" fått genomslag som ett sätt att bedriva sjukvården mer rationellt och med vetenskapligt validerade metoder. Calltorp ser två huvudsakliga problem med evidensbaseringen av vården. Det ena är den mycket snabba medicinska utvecklingen som försvårar utvärderingen av nya metoder innan de införs: "Någon har beskrivit problemet som att fånga och mäta en flytande flod – när man väl bestämt sig för utvärderingsmått och genomfört en kanske treårig avläsning i en randomiserad klinisk studie, då är floden en helt annan." Det andra huvudproblemet är hur man i praktiken ska få ett genomslag i vården för SBU:s rekommendationer och andra källor till evidensbaserad kunskap. Calltorp ser å ena sidan en risk för övertro om den helt rationella sjukvården, å andra sidan en brist på koppling mellan EBM och kvalitetsutveckling som sätter det medicinska handlandet i fokus och därmed även implementeringen av EBM. Vidare ser Calltorp ett behov av regionala kunskapscentra med forskning inom hälso- och sjukvårdsledning och implementering av evidensbaserad praxis.

Hatala och Guyatt (2002) konstaterar att det saknas säkra evidens för att implementeringen av EBM har önskad effekt och att de undervisningsmetoder som används inte är baserade på tillräcklig vetenskaplig grund. Författarna hänvisar också till en rapport som visade att det hittills saknats klara evidens för att undervisning i EBM leder till faktiska effekter på vårdens resultat. Förespråkarna för EBM medger att metodiken inte passar in i alla sammanhang/löser alla problem eftersom forskning inte kan ge svar på alla enskilda kliniska situationer. Speciella problem finns inom primärvård, där diagnostik förutom biomedicin även bygger på personliga och sociala sammanhang hos patienten. EBM bör därför inom primärvård även innefatta andra typer av studier än de randomiserade kontrollerade som idag ges högst evidensvärde. EBM upplevs av många allmänmedicinare som alltför sjukhusbaserad. (Jacobson m fl, 1997)

3.2 Praktiska hinder

Vid en systematisk litteratursökning fann Cabana m. fl. (1999) tre huvudsakliga barriärer mot läkares användande av behandlingsriktlinjer i vården. Dessa var bristande kunskap om rekommendationer, att man inte kände igen rekommendationerna och att de inte upplevdes som trovärdiga. Enligt Bero m fl (1998) är passiv spridning av information och forskningsresultat

ineffektiv och därför behövs tydliga strategier för att implementera forskningsresultat. Bästa evidens hämtas enligt författarna i systematiska litteraturstudier.

Nordenström menar i en artikel i Läkartidningen (2003) att sjukvårdens arbetsgivare måste samarbeta med de medicinska fakulteterna, Socialstyrelsen och specialistföreningarna i utbildningsinsatser om de önskade effekterna av EBM på vårdens resultat ska kunna uppnås. En ambitiöst upplagd ”kaskadutbildning” med målet att nå 2400 läkare vid Karolinska sjukhuset har nyligen genomförts. Dock blev resultatet att endast en sjättedel faktiskt genomgick utbildningen, vilket illustrerar svårigheterna med denna typ av satsning som konkurrerar med redan planerad fortbildning och klinisk verksamhet (föreläsning av Nordenström 2007).

I en litteraturgenomgång från Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys (Jansson, 2003) sammanfattas potentiella hinder mot införande av ny kunskap i vården uppdelat på kategorierna *Kunskap* (ej tillgänglig, komplex, revolutionär, brist på medvetenhet och förtrogenhet, ej praktiskt relevant, ej prövbar), *Informellt* (bristande konsensus, bristande förmåga, osäkerhet, autonomitetsförsvarande, brist på självständighet, starkt rotade traditioner/rutiner/normer, motivationsbrist), *Formellt* (tidsbrist, resursbrist, omständliga beslutsvägar (struktur), bristfälligt ledarskap, bristfälligt informationssystem), *Omvärld* (informationsöverflöd, patientpreferenser, ekonomiska och politiska faktorer). En slutsats i rapporten är att implementering av kunskapsunderlag är en process där det finns trögheter på en mängd plan, även hos sjukvårdspersonal som borde vara beroende av att snabbt ta till sig ny kunskap inom sina specialområden. I en enkätstudie (McColl m fl, 1998) uppvisade brittiska allmänläkare en positiv attityd till EBM som företeelse, men hade en låg kunskapsnivå när det gällde litteratursökning och bristfällig tillgång till litteratur på sina arbetsplatser. Det viktigaste hindret mot implementering av EBM angavs dock vara tidsbrist.

Även Freeman och Sweeney (2001) har undersökt varför brittiska allmänläkare inte alltid handlar utifrån evidens. Sex huvudområden identifierades:

- Personliga och professionella erfarenheter
- Patient-läkarrelationen
- Upplevda motsättningar mellan primärvård och sjukhusvård
- Allmänläkarnas känslor för sina patienter kontra evidens

- Logistiska problem
- Hur läkaren väljer att presentera rekommendationer

Författarna drar slutsatsen att brittiska allmänläkare ser sig som en länk mellan vetenskap och patient och ser evidens som en fyrkantig kloss som måste slipas av för att passa in i det runda hål som motsvarar patientens livsförhållanden.

3.3 Ledaregenskapers betydelse

Betydelsen av chefs grundprofession för tillämpningen av evidensbaserad vård är ett ämne som lyser med sin frånvaro i den internationella litteraturen. Ett skäl till detta är sannolikt att den svenska hälso- och sjukvårdslagen är unik i det avseendet att den ger utrymme för andra professioner än läkare som chefer i rollen motsvarande våra verksamhetschefer, d.v.s. som närmaste chef för läkare. När det gäller ledarskapet på högre administrativa nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationer är olika grundprofessioner allmänt förekommande även internationellt. De svenska publikationer jag lyckats finna och som behandlar grundprofessionens betydelse på verksamhetschefsnivån har karaktären av debattinlägg snarare än vetenskapligt underbyggda undersökningar.

Øvretveit (2004) har på uppdrag av dåvarande Landstingsförbundet gått igenom litteraturen utifrån frågeställningen ”vad behöver ledare göra för att underlätta förbättring av hälso- och sjukvården?” Bland slutsatserna lyfter författaren särskilt fram att ledarskapet, framför allt i högre chefsbefattningar, har en stor betydelse för vårdens kvalitetsutveckling. Även professionella ledare ute i vårdverksamheterna har stor och i vissa fall ännu större betydelse. Det tycks inte finnas starka evidens för att en viss typ av ledarskap är mer effektiv än andra, men visst stöd finns för att informellt ledarskap och långsiktigt teambaserat systematiskt ledarskap för kvalitetsförbättring är effektivt. Till grundförutsättningar som underlättar kvalitetsförbättringar, och som åtminstone delvis kan påverkas av ledaren, räknas lågt motstånd, hög beredskap, tillgång till resurser och ett objektivt behov av förändring.

Ett flertal författare, både i Sverige och internationellt, har på senare år uppmärksammat behovet av en förändring av det professionella ledarskapet inom hälso- och sjukvårdsorganisa-

tioner. Dowton (2004) efterfrågar i en artikel i Medical Journal of Australia det nya medicinska ledarskapet som han anser är nödvändigt för att utveckla den medicinska professionens identitet och att åstadkomma ett bättre samspel mellan läkarna, andra sjukvårdsprofessioner och vårdens administratörer. Reinertsen (1998) fokuserar på läkares ledarskap i syfte att förbättra vårdens kvalitet och konstaterar att den viktigaste uppgiften i detta sammanhang är att etablera en miljö där kvalitetsförbättringar underlättas. För att uppnå detta måste ledaren undanröja hinder i form av oändamålsenliga rutiner, belöningssystem och liknande och istället verka för samverkan, reflektion och lärande. Som nyckelfrågor anger Reinertsen bl a gemensam värdegrund för ledaren och medarbetarna, att ledarskapet ska baseras på handling snarare än position, att ledarens roll är att ange och definiera målet och underlätta vägen dit. Detta bekräftas av Nolan (1998) som hävdar att systemförbättringar måste ledas på ett tydligt sätt för att bryta den ineffektiva stabiliteten i det gamla systemet och visa på varför en förändring är nödvändig. Nolan menar att det i ett hälso- och sjukvårdssystem därför är nödvändigt att ledaren av förändringen har kunskap om verksamheten.

Fineout-Overholt m. fl. (2005) hävdar däremot det vid implementering av evidensbaserad omvårdnad kan vara framgångsrikt om administratörer leder processen. Dock krävs enligt författarna en medveten och genomtänkt strategi för att åstadkomma rätt miljö som i sin tur leder till en kulturförändring. Shirey (2006) refererar till amerikanska undersökningar som visat att endast 15 procent av sjuksköterskor konsekvent praktiserar evidensbaserad omvårdnad.

Shirey menar att ett aktivt ledarskap av sjuksköterskeledare är nödvändigt och redogör för diffusionsteori som en strategi för implementering. Denna metodik innebär spridning av ett nytt arbetssätt via planerade kanaler över tid inom ett socialt system.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) skall verksamhetschefen ”inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten”. Vidare skall verksamhetschefen ”ansvara för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås, och ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården”. Att verksamhetschefen har en mycket central roll som ansvarig för

både nuläget och den framtida utvecklingen av verksamheten kan knappast uttryckas tydligare. Hur detta ska gå till är dock mindre tydligt uttalat här, men i Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:8) anges "samarbetsförmåga, initiativförmåga, förmåga att motivera och entusiasmera sina medarbetare samt att kunna hantera stressituationer" som viktiga egenskaper.

Transformativt (utvecklande) och transaktivt (traditionellt) ledarskap samt låt-gå-ledarskap (icke-ledarskap) är tre ledarskapsstilar som ofta brukar ställas mot varandra i managementlitteraturen (Bass 1985, Larsson och Kallenberg 2006). Det transaktiva ledarskapet är förknippat med den traditionella ledarstil som innebär att ledaren verkar via auktoritet och använder maktmedel. Fokus är på "här och nu" med belöning av goda prestationer och sanktioner mot misstag. Det transformativa ledarskapet däremot har sin utgångspunkt i motivering av medarbetarna med målet att de ska "prestera över förväntan". Transformativa ledare kan beskrivas som riskbenägna entreprenörer med kapacitet att verka i föränderliga system. Mycket talar för att en kombination av de två ledarskapsstilarna är mest effektivt för att leda förändring och samtidigt åstadkomma stabilitet.

Ett kompetent ledarskap inom sjukvården har visats ha betydelse för vårdens resultat. När det gäller olika ledarstilars betydelse tycks det som om vissa egenskaper såsom arrogans, långt driven auktoritet och tävlingsinriktning motverkar goda resultat, medan stresståliga, trygga och socialt kompetenta ledare bidrar till en god utveckling. Transaktivt inriktade ledare kan behöva engagera medarbetare med transaktiva förhållningssätt och vice versa, eftersom båda förhållningssätten behövs (Firth-Cozens och Mowbray, 2001).

I en amerikansk kvalitativ studie där 16 sjuksköterskor i chefsbefattningar på akutsjukhus intervjuades kunde man visa att effektiviteten i ledarskapet var kopplad till chefernas tillgång till resurser, information och mandat (formellt och informellt) (Upenieks, 2002). Man såg också att chefer med transformativ ledarskapsprofil även uppvisade egenskaper som överensstämmer med transaktivt ledarskap. Författarna menar att transformativt ledarskap bygger på transaktivt ledarskap, men att transaktiva ledare som inte klarar att gå vidare presterar sämre.

I en enkätundersökning har Lindholm och Westin (2005) undersökt arbetssituationen för svenska verksamhetschefer med läkarprofession. I undersökningen framkom oroväckande signaler avseende chefernas självrelaterade hälsa och arbetsbelastning. Cheferna på sjukhus angav generellt en längre arbetsvecka än cheferna inom primärvården (61 procent respektive 30 procent arbetade mer än 50 timmar per vecka). Drygt hälften (52 procent) ansåg att deras arbete ofta krävde en för stor arbetsinsats. Denna andel var högre bland kvinnor än män och bland chefer i primärvård än på sjukhus. Många lämnade kommentarer om svårigheten att kombinera chefsuppdraget med de traditionella arbetsuppgifterna som läkare. I detta avseende finns en markant skillnad jämfört med verksamhetschefer med annan yrkesbakgrund, t. ex. sjuksköterskor, som oftast lämnar sina tidigare arbetsuppgifter när de tillträder sina chefsuppdrag. Lindholm och Westin konstaterar att: ”många läkare förefaller ha svårt att klara prioriteringen av chefsuppdraget, att lämna eller minska omfattningen av de tidigare arbetsuppgifterna i praktisk sjukvård, något som också tidigare påtalats i analyser av läkares ledarskap”.

Lindholm (2000) har i sin avhandling fördjupat sig i förutsättningarna för ledarskapet hos sjuksköterskor i högre chefsbefattningar inom hälso- och sjukvården. En iakttagelse var att betydelsen av grundprofessionen dominerade för både sjuksköterskor och läkare jämfört med chefspositionen. Lindholms tolkning ur ett maktperspektiv är att båda grupperna utnyttjade betydelsen av den egna professionens kunskap för att hävda rätten till chefspositioner. En annan intressant iakttagelse var att politiker och administratörer tycktes ha ett intresse av att genom tillsättande av sjuksköterskor som chefer upphäva läkargruppens chefsmonopol för att lättare kunna genomföra förändringar. Via intervjuer med 15 chefssjuksköterskor analyserar Lindholm deras ledarskapsstilar och fann att de med en tydlig ledarskapsstil, antingen transformativ eller transaktiv, upplevde färre problem i chefskapet jämfört med de som uppvisade sammansatta ledarskapsstilar.

I skriften *Renhårigt – Om kvinnors ledarskap* (Hildingsson, 2002) redovisas inom ramen för SACO:s chefsprojekt erfarenheter från samtal med ett femtiotal kvinnor med chefs- och ledaruppdrag i privat och offentlig sektor. De kvinnliga cheferna återkommer till upplevelsen av att behöva vara ”duktig flicka”. Många av cheferna upplever att de alltid måste vara ”snäppet vassare” än sina manliga kollegor. Manliga kollegor uppfattas komma undan lindrigare även när de inte är lika väl förberedda inför en uppgift.

Flertalet beskriver att deras karriär möjliggjorts genom att de har fått stöd från någon manlig chef som erkänt sin kvinnliga medarbetares kompetens.

Hildingsson fann också att många kvinnor med chefsuppdrag i kvinnodominerade verksamheter i offentlig sektor upplever att de förväntas att förbli ”en i gänget” och att hålla fast vid inte minst sina yrkesmässiga rötter. Ledarskapet blir inte trovärdigt utan en stark professionell förankring. Många av cheferna har också erfarenhet av att möta särskilt hårt, närmast förgörande, motstånd i sin karriärsträvan eller i arbetet främst från jämnåriga, men även äldre, kvinnor på samma nivå. Något som också är genomgående i Hildingssons samtal med cheferna är att de strävar efter att vara raka, justa och ärliga i sitt ledarskap och att detta ofta står i kontrast mot den verklighet som ledare ska hantera. I många situationer, där olika intressen, lojaliteter och krav ska mötas, går det inte att vara juste mot alla. Det beskrivs av många som ett dilemma att samtidigt kunna utgöra en god förebild och att bli accepterad i sitt ledarskap.

Många har haft en ambition att lyfta in en annan – ”kvinnlig” – dimension i ledarskapet, att framhålla de mjuka frågornas betydelse, att sätta verksamheten och medarbetarna i centrum och att genomföra sina egna visioner. Många av dem har också möjlighet att ha sina ideal mer eller mindre intakta. De leder med betoning på delaktighet och utifrån en helhetssyn. De arbetar aktivt med att inte ta över traditionellt manliga värderingar och gör inte avkall på sin integritet. Samtidigt beskriver chefer på högre nivå, hur svårt det är att hålla fast vid dessa ambitioner. Kvinnorna uppger att de sällan erbjuds den service och den stöttning som krävs för ett optimalt ledarskap, t. ex. administrativt stöd och andra praktiska förutsättningar. Uppfattningen att kvinnor som chefer ser på ekonomi annorlunda än sina manliga kollegor delades uti-sonst av de intervjuade cheferna. En erfarenhet var att till skillnad från män med chefsposition som spränger budgeten för att utveckla sin verksamhet så respekterar kvinnor i motsvarande position i högre utsträckning de ekonomiska ramarna, men riskerar då att få sina anslag minskade.

Man kan konstatera att sjukvårdsorganisationer innehåller motsättningar mellan grupper som kan definieras utifrån hierarkiska, sociala, kulturella och professionella kriterier. Dessa intressekonflikter påverkar i hög grad styrningen av verksamheten. Möjligheten att införa nya organisatoriska principer och arbetssätt är beroende av hur dessa grupper kan påverkas och för-

mås att interagera med varandra inom systemet och även med externa intressenter. Införandet av metoden evidensbaserad vård är ett exempel på ett sådant nytt arbetssätt och här har särskilt belysts vilka hinder som finns mot detta införande. Ledarens egenskaper och förutsättningar i form av ledarstil, arbetsmiljö och kön är faktorer som har konstaterats vara av betydelse för utövandet av chefskapet och därmed för utvecklingen av nya arbetssätt i vården.

Vi kommer nu in på föreliggande undersökning av professionernas betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvården, utifrån såväl de anställdas som verksamhetschefers perspektiv. Syftet med studien är att bidra med ny empirisk kunskap inom detta område, som är aktuellt i den offentliga debatten om sjukvården, dess styrning och framtida utveckling.

Att frågan om ledarskapet inom sjukvård blivit föremål för en intensiv debatt är ingen slump. Sjukvårdens roll som en av välfärdsstatens grundpelare och samtidigt som en högt utvecklad och kostnadsdrivande kunskapsbransch medför ett stort engagemang för hur verksamheten organiseras och bedrivs. Särskilt tydligt blir detta vid förändringar av sjukvårdens organisation och utbud, då såväl vårdens professionella aktörer som representanter för allmänheten ofta gör sina röster hörda i en debatt där känslorna inte sällan svallar.

Som tidigare nämnts finns ingen tidigare forskning jag lyckats finna som specifikt avhandlar grundprofessionens betydelse för ledarskapet inom hälso- och sjukvård. Däremot finns, som sammanfattats i de tidigare kapitlen, en stor kunskapsmängd om de förhållanden som kännetecknar offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationer och som påverkar ledning och styrning av verksamheten. Här har redovisats en vetenskapligt grundad bild av den komplexitet och de interaktioner mellan olika aktörer som hälso- och sjukvårdsorganisationer innehåller. Aktuella strömningar inom vårdens organisatoriska utveckling och samband mellan dessa har också lyfts fram. Kopplingen mellan New Public Management och den utmaning mot sjukvårdens traditionella strukturer och kulturer, som såväl införandet evidensbaserad vård och en ny syn på ledarskapet medfört är ett tydligt exempel. Förståelsen av sjukvårdsorganisationer som system med en mängd olika interagerande intressenter underlättar också tolkningen av de olika aktörernas förhållningssätt utifrån sina respektive roller. Detta är en viktig utgångspunkt inför den redovisning av min undersökning som nu följer.

4 Metod

4.1 Val av metod

Jag har för att studera professionernas betydelse för införandet av nya arbetssätt i hälso- och sjukvårdsorganisationer valt en kombination av statistisk komparation via insamling av enkät-data och kvalitativ fördjupning via intervjuer med verksamhetschefer.

För att kunna undersöka frågeställningen *Finns skillnader i sjukvårdspersonalens uppfattning om och tillämpning av evidensbaserad kunskap utifrån grundprofession och utifrån verksamhetschefens grundprofession?* krävdes en operationalisering av *tillämpning av evidensbaserad kunskap*.

Som en indikator på denna parameter har jag valt användandet av och den subjektivt bedömda vikten av lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer som är baserade på nationella riktlinjer för vård och behandling. Detta har jag undersökt kvantitativt, via enkäter till anställda läkare och sjuksköterskor vid de undersökta enheterna. Jag har valt en komparativ statistisk analys utifrån en "Most Similar Systems Design" (Denk 2002). Jag har därför identifierat och undersökt ett antal sjukvårdsverksamheter som utöver verksamhetschefens grundprofession (oberoende variabel) är så lika varandra som möjligt. Ett antal andra faktorer med potentiell påverkan på den beroende variabel som ska undersökas (användandet av och den subjektivt bedömda vikten av lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer baserade på nationella riktlinjer) har identifierats för att kunna undersökas. Dessa faktorer är respondenternas kön och erfarenhet i yrket. Bakgrundsfaktorer såsom verksamheternas storlek och geografiska läge har också identifierats för att en god intern validitet ska kunna uppnås. Den kvantitativa delen av studien har således syftat till att undersöka om det finns ett statistiskt samband mellan ovan nämnda variabler och graden av tillämpning av aktuell evidensbaserad medicinsk kunskap i hälso- och sjukvårdsorganisationer.

Min andra frågeställning – *Hur uppfattar verksamhetschefer på vårdcentraler sin roll i utvecklingen av nya arbetssätt i allmänhet och i arbetet med implementeringen av evidensbaserad kunskap i synnerhet?* – har jag undersökt med kvalitativ metod i form av en fallstudie där verksamhetscheferna utgör separata analysenheter (Johannesen m fl, 2006).

Datainsamling har skett via semistrukturerade intervjuer med verksamhetscheferna vid samma enheter som ingått i den kvantitativa studien. Intervjuerna har strukturerats via en intervjuguide (bilaga 2), som utformats utifrån problemkomplex jag sökt fördjupad kunskap om, med utgångspunkt i tidigare forskning som refererats i kapitel 2 och 3. Intervjuernas struktur redovisas vidare i kapitel 4.4. Data har efter intervjuerna analyserats kvalitativt med utgångspunkt i informanternas förhållningssätt i sin chefsroll. Intervjusvaren har kategoriserats utifrån den kvantitativa enkätundersökningen och redovisas tillsammans med denna i form av kommentarer till de anställdas svar. Dessutom har några mer generella diskussionsområden lyfts fram, som redovisas separat.

Antalet enheter och intervjupersoner har baserats på vad som å ena sidan bedömts vara tillräckligt för att åstadkomma en tillräckligt hög extern validitet (generaliserbarhet) och å andra sidan vad som varit praktiskt genomförbart.

Jag har valt att begränsa de studerade sjukvårdsprofessionerna till de två största och mest inflytelserika grupperna, läkare och sjuksköterskor.

Den empiriska undersökningen har inte som huvudsakligt syfte att pröva befintliga teoribildningar, men i de fall mina fynd kan jämföras med tidigare studier jag påträffat i litteraturen har detta kommenterats.

4.2 Urval av enheter

En typ av i övrigt likartade sjukvårdsenheter där verksamhetschefer med olika grundprofession förekommer är primärvårdscentraler, varför detta är den typ av sjukvårdsenheter jag valt att undersöka. Urvalet av vårdcentraler har begränsats till sådana där verksamhetschefen är antingen läkare eller sjuksköterska till sin grundprofession. Eftersom jag i min nuvarande roll som divisionschef i Landstinget i Värmland är involverad i såväl lednings- som utvecklingsfrågor inom landstinget har jag utifrån risken för försämrad reliabilitet genom min påverkan som undersökare valt att utföra datainsamlingen utanför min egen organisation, på vårdcentraler i Örebro län.

Urvalet av de i studien ingående tio vårdcentralerna i Örebro län har skett på ett sådant sätt att fem av de utvalda vårdcentralerna har en verksamhetschef med grundprofession som läkare och fem som sjuksköterska. Vidare är fem av cheferna kvinnor och fem är män. Även geografiska aspekter såsom inklusion av enheter både i stad och på landsbygd samt resavstånd för mig som intervjuare har vägts in i urvalet. Vårdcentraler som drivs på entreprenad har valts bort.

Tidigt i planeringen av undersökningen inhämtades godkännande från primärvårdschef Hans Maltén samt Peter Engfeldt, adjungerad professor vid Allmänmedicinskt forskningscentrum i Örebro läns landsting. Därefter kontaktade jag samtliga verksamhetschefer per telefon och i nästa steg via e-post för godkännande av att under maj månad skicka enkäter, via dem, till samtliga läkare och sjuksköterskor på respektive vårdcentral. Tider för intervjuer med verksamhetscheferna bokades in via e-post, i flertalet fall under juni månad, men i några fall först i augusti.

Primärvården i Örebro län är en del av en länsövergripande förvaltning (PPH), där även psykiatri och habilitering ingår. Förvaltningschefen rapporterar direkt till landstingsdirektören och är närmaste chef för primärvårdschefen som samtliga verksamhetschefer rapporterar till. Varje vårdcentral har en verksamhetschef. Cirka hälften av dessa är läkare och hälften är sjuksköterskor. I länet finns sammanlagt 30 vårdcentraler varav fyra drivs på entreprenad. Primärvården är uppdelad på fyra länsdelar (Norra, Västra, Södra samt Örebro/Lekeberg). I varje länsdel finns en eller flera (tre i Örebro) samordnande distriktsöverläkare med ett deltidsuppdrag på 50 procent av heltid, som inte innefattar ekonomi- eller personalansvar.

På vårdcentraler där verksamhetschefen inte är läkare finns en ”Medicinskt ansvarig läkare, MAL”. Detta är trots benämningen en rådgivande funktion eftersom verksamhetschefen enligt Hälso- och sjukvårdslagen har det samlade ledningsansvaret. MALen utses av verksamhetschefen. På vårdcentraler där verksamhetschefen är läkare finns en föreståndare, med ett deltidsuppdrag som vanligen omfattar 50 procent av heltid. Sjuksköterskor är formellt verksamhetschefer på heltid, läkare på 25-50 procent beroende på verksamhetens storlek.

Verksamhetscheferna i varje länsdel har gemensamma möten 3-4 gånger per termin. Då diskuteras både medicinska och administrativa frågor. Alla verksamhetschefer i länet träffas under ledning av primärvårdschefen en gång per termin. Då deltar även representanter från ekonomi- och personalstab. Framför allt tas då administrativa frågor upp. Alla distriktsläkare i länet träffas fyra gånger per år (uppdelat på två grupper).

I Örebro län har gjorts ett landstingsövergripande arbete med vårdprogram som distribueras i elektronisk form till samtliga vårdcentraler - "Vårdpraxis", som utvecklats och uppdateras via Allmänmedicinskt forskningscentrum. Denna databas som finns tillgänglig för all personal via landstingets intranät innehåller konkreta riktlinjer och är uppdelad i tre delar avsedda för distriktsläkare, distriktssköterskor och sjukgymnaster. På landstingets hemsida presenteras "Vårdpraxis" enligt följande:

Lokal medicinsk information från Örebro läns landsting.

Information som huvudsakligen är framtagen inom Örebro läns landsting (ÖLL) och som bedöms vara användbar i det kliniska arbetet i primärvården i ÖLL. Här finns bl. a. länkar till primärvårdens alla vårdriktlinjer och överenskommelser, PM för primärvården, vårdinformation, råd, rekommendationer m.m. Vi har också lagt information från länets sjukhuskliniker och deras vårdprogram, PM etc. Några särskilt användbara externa länkar (utanför ÖLL) finns med.

Primärvårdens vårdriktlinjer

En sammanställning av de vårdriktlinjer som gäller för primärvården. Dessa finns också med under rubriken "Lokal medicinsk information från ÖLL. Att ta fram vårdriktlinjer för Primärvården är ett systematiskt sätt att komma överens om och dokumentera önskad standard i val av diagnostik, vårdnivåer och behandling vid olika sjukdomstillstånd. De har tagits fram av en arbetsgrupp och granskats av en allmänmedicinsk referensgrupp, redigerats och distribueras genom Allmänmedicinskt forskningscentrum AFC.

Vårdriktlinjerna ska

- omfatta vanliga sjukdomstillstånd
- bygga på god kunskap och erfarenhet

- ha klinisk relevans i Primärvården
- vara korta och sammanfattande
- vara lätta att hantera i primärvårdens vardagsarbete
- vara väl förankrade i verksamheten
- utarbetas i nära samarbete med länsdelssjukvården
- tas fram då ett gemensamt synsätt är hälsoekonomiskt motiverat
- gagna patienterna

Extern medicinsk information

Ett primärvårdsanpassat urval av kliniskt användbara nationella och internationella länkar.

Medicinskt kvalitetsarbete

Här är samlat ett antal verktyg för att mäta och förbättra kvalitén på vårt arbete. Exempel är utvärderingsinstrument, kvalitetsindikatorer och dokumentationsråd.

4.3 Enkätundersökning

Enkäten (bilaga 1) är utformad på ett sådant sätt att det ska vara möjligt att via statistisk kvantitativ analys besvara frågeställningen om det finns skillnader i respondenternas användande och subjektivt bedömda vikt av lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer utifrån deras profession, kön och erfarenhet i yrket samt utifrån verksamhetschefens grundprofession. Enkäten inleds med frågor om de oberoende variablerna profession, erfarenhet i yrket, ålder och kön. Sedan följer frågor om källor till evidensbaserad vård, kännedom om och upplevd betydelse av vårdprogram och behandlingsriktlinjer samt faktisk användning av dessa. Enkäten avslutas med tre frågor om hur respondenten bedömer ansvarsförhållanden avseende tillgång till och tillämpning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer samt ansvaret för att evidensbaserad kunskap används i vården. Enkätfrågorna är av flervalstyp förutom två frågor där respondenterna ombeds ta ställning till påståenden om ansvaret för tillgången till respektive tillämpningen av vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Dessa frågor besvaras genom att respondenten sätter en markering på en visuell-analog skala (VAS) med längden 10 centimeter.

Enkäten testades före färdigställandet på två läkare och två sjuksköterskor i min egen organisation i Landstinget i Värmland. Därefter skickades enkäterna ut via e-post för kännedom till verksamhetscheferna, som fick ange antalet anställda legitimerade läkare och sjuksköterskor på sin vårdcentral. Verksamhetscheferna instruerades om att enkäten endast skulle distribueras till tillsvidareanställd personal eller sådana vikariatsanställda med minst sex månaders vikariat. Enkäterna distribuerades därefter i pappersform via respektive verksamhetschef till målgruppen legitimerade läkare och sjuksköterskor tillsammans med ett svarskuvert adresserat till Karlstads universitet. Svarstiden var tre veckor.

Enkäterna har besvarats anonymt. Hanteringen av enkäterna garanterar att varken verksamhetscheferna eller jag har kännedom om vilka av de anställda som besvarat enkäten. Svarskuverten var märkta med en siffra som identifierade vårdcentralen för att möjliggöra selektiv påminnelse till vårdcentraler med låg svarsfrekvens. För att ytterligare säkra särskiljandet av enkätsvar från vårdcentraler vars chefer har olika grundprofession utan att inkludera denna specifika fråga i enkäten användes ohålat respektive hålat papper i enkäterna till de två kategorierna av vårdcentraler. En påminnelse skickades ut via e-post till verksamhetscheferna på sista svarsdatum. Av totalt utskickade 185 enkäter har 122 (66 procent) returnerats helt eller delvis besvarade. Svarsfrekvensen uppdelad per vårdcentral varierar mellan 38 och 100 procent.

Den genomsnittliga svarsfrekvensen för vårdcentraler där verksamhetschefen är sjuksköterska till sin grundprofession är 69 procent medan den är något lägre, 63 procent, för vårdcentraler där verksamhetschefen är läkare. Svarsfrekvensen är lägre (59 procent) på de fyra större vårdcentraler där fler än 20 legitimerade läkare och sjuksköterskor är anställda, än på de sex mindre vårdcentralerna (72 procent). Av de 122 respondenterna är 75 sjuksköterskor och 47 läkare. 31 respondenter är män och 90 är kvinnor. 15 är 40 år eller yngre och 105 är äldre än 40 år.. Av de svarande har 16 arbetat 10 år eller mindre i sitt yrke efter legitimation och 116 har längre än tio års erfarenhet i yrket. En respondent har inte uppgett kön och två har inte uppgett ålder. Bortfallet av besvarade enkäter har inte varit möjligt att analysera avseende dessa olika variabler, varför bortfallsanalysen inte är fullständig.

I nedanstående tabell redovisas fördelning av besvarade enkäter inom de två yrkesgrupperna avseende kön, ålder och erfarenhet i yrket.

Tabell 1: Respondenternas profession och subgrupper utifrån kön, ålder och erfarenhet i yrket.

			Kön		Totalt
			Man	Kvinna	
Yrkesgrupp	Läkare	Antal	30	16	46
		Andel inom yrkesgrupp	65,2%	34,8%	100,0%
	Sjuksköterska	Antal	1	74	75
		Andel inom yrkesgrupp	1,3%	98,7%	100,0%
Total		Antal	31	90	121
		Andel inom yrkesgrupp	25,6%	74,4%	100,0%
			Ålder (år)		Totalt
			Upp till och med 40	Över 40	
Yrkesgrupp	Läkare	Antal	5	40	45
		Andel inom yrkesgrupp	11,1%	88,9%	100,0%
	Sjuksköterska	Antal	10	65	75
		Andel inom yrkesgrupp	13,3%	86,7%	100,0%
Total		Antal	15	105	120
		Andel inom yrkesgrupp	12,5%	87,5%	100,0%
			Antal år efter legitimation		Totalt
			10 eller mindre	Mer än 10	
Yrkesgrupp	Läkare	Antal	6	41	47
		Andel inom yrkesgrupp	12,8%	87,2%	100,0%
	Sjuksköterska	Antal	10	65	75
		Andel inom yrkesgrupp	13,3%	86,7%	100,0%
Total		Antal	16	106	122
		Andel inom yrkesgrupp	13,1%	86,9%	100,0%

Statistiska analyser har utförts för att undersöka skillnader i de anställdas svar på enkätfrågorna utifrån de oberoende variablerna grundprofession, kön och erfarenhet i yrket samt utifrån verksamhetschefens grundprofession. Dessa analyser har gjorts med hjälp av statistikprogrammet SPSS. Den metod som använts är korstabulering med chi-2 test, där utfallet jämförs med ett förväntat utfall om inget samband föreligger. Som signifikanta skillnader anges utfall där p-värdet (sannolikheten för att slumpen orsakat skillnaden) är $< 0,05$. För de enkätfrågor som besvarats via en visuell-analog skala (VAS) har de oberoende variabelernas påverkan på medelvärden analyserats via "T-test for equality of means" (Johannessen m fl, 2006). De statistiska analyserna redovisas omväxlande i text samt via frekvenstabeller och diagram.

4.4 Intervjuer med verksamhetschefer

Intervjuerna med de tio verksamhetscheferna genomfördes under tre dagar i augusti och september månad. De ägde rum på respektive vårdcentral förutom i ett fall då intervjun gjordes på en lunchrestaurang i närheten av vårdcentralen. Cheferna informerades inför intervjuerna om att deras svar skulle komma att hanteras anonymt i redovisningen av studien. Tidsåtgången per intervju var 34 - 58 minuter. Intervjuerna dokumenterades dels manuellt via handskrivna anteckningar, dels elektroniskt via inspelning på en mobiltelefon med efterföljande lagring av ljudfilerna på hårddisk. Vid en av intervjuerna misslyckades inspelningen p.g.a. ett tekniskt missöde. Detta upptäcktes dock först efter avslutad intervju. Ytterligare anteckningar gjordes då "ur minnet". Som underlag för intervjuerna har en och samma guide använts (bilaga 2). Intervjuerna inleddes med att informanterna ombads att kort berätta om sig själva med utgångspunkt i personliga data som ålder, förordnandetid som chef och tidigare erfarenheter som chef eller i andra ledningsfunktioner. För att successivt komma in på förhållningssättet avseende tillämpningen av evidensbaserad kunskap i vården ställdes frågan om informantens inställning till evidensbaserad kunskap som en allmän företeelse inom vården.

Därefter följde frågor om tillgången till sådan kunskap på vårdcentralen och hur cheferna i sin ledarroll förhåller sig till spridning och tillämpning av den. Cheferna fick också frågan om vilken betydelse de tillmäter sin och andra chefers grundprofession i det avseendet. Vidare följde frågor om hinder mot en ökad tillämpning av evidensbaserad vård och om deras strategi för att hantera sådana hinder. Cheferna fick också som ett diskussionsunderlag besvara de två

enkätfrågor som ställdes till de anställda, om betydelsen av behandlingsriktlinjer och om svaret för att evidensbaserad kunskap används i vården. När detta gjordes var enkäterna inte sammanställda och jag hade således inte kännedom om de anställdas svar. Slutligen ombads cheferna att beskriva sitt arbetssätt för att få medarbetarna att bedriva en god vård. Frågeställningarna vid intervjuerna har successivt utvecklats genom följdfrågor som baserats på svaren från tidigare informanter.

Varje intervju har i efterhand gått igenom via genomlysning av inspelad ljudfil och skriftliga noteringar i samband med detta. Anteckningarna har sedan kategoriserats dels utifrån den förutbestämda intervjuguiden, dels utifrån de nya frågeställningar som utvecklats under intervjuens gång. En kategorisering av svaren har sedan också gjorts utifrån enkätfrågorna med syftet att redovisa de båda undersökningarna som en sammanhållen helhet.

Av de intervjuade verksamhetscheferna är fem kvinnor och fem är män, fem är läkare till sin grundprofession och fem är sjuksköterskor. Medelåldern är 54 år och den genomsnittliga förordnandetiden som verksamhetschef är fyra år. Fyra av de fem verksamhetscheferna med sjuksköterskeprofession har tidigare ledarerfarenhet som föreståndare på vårdcentral eller som medicinskt ansvariga inom kommunal sjukvård. En av läkarna har tidigare varit verksamhetschef på en annan vårdcentral, två har haft uppdrag som studierektor. Den genomsnittliga storleken på vårdcentralernas upptagningsområde är 10 500 invånare.

5 Resultatredovisning och analys

Nedan presenteras de två delundersökningarna. Resultatredovisningen är strukturerad utifrån frågeområdena i enkätundersökningen till de anställda. Den kvalitativa undersökningen av verksamhetschefernas uppfattningar redovisas som en integrerad del i denna.

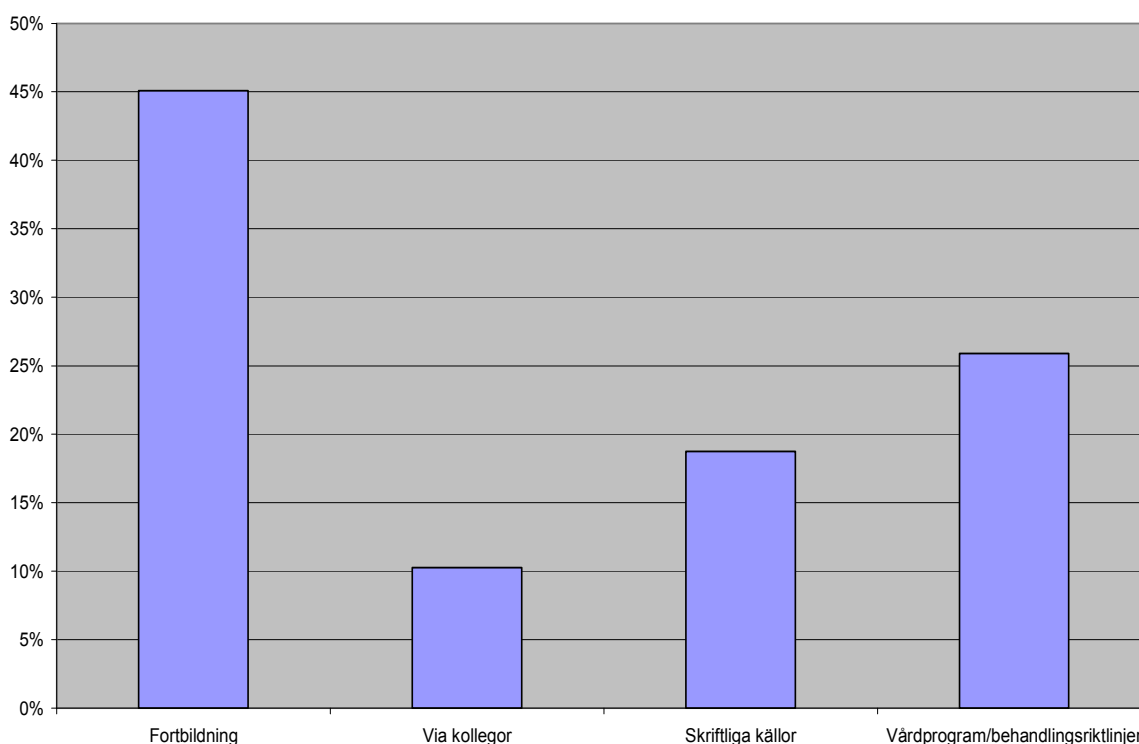
5.1 Källor till evidensbaserad kunskap

Svårigheter att få tillgång till evidensbaserad kunskap har av flera författare, däribland McColl m. fl. (1998) beskrivits som viktiga hinder mot en ökad tillämpning av evidensbase-

rad kunskap. De professionella grupperna i vården har historiskt haft olika förutsättningar att få tillgång till ny kunskap eftersom läkare regelmässigt haft större möjligheter till både extern och intern fortbildning. På senare år har förutsättningarna förändrats bl. a. på grund av sjuksköterskeyrkets akademisering och de ökade möjligheterna till litteratursökning via Internet. Svensk sjuksköterskeförenings skrift "Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnad" (2005) belyser de professionella strävanden efter mer evidensbaserad kunskap som nu finns inom denna yrkesgrupp.

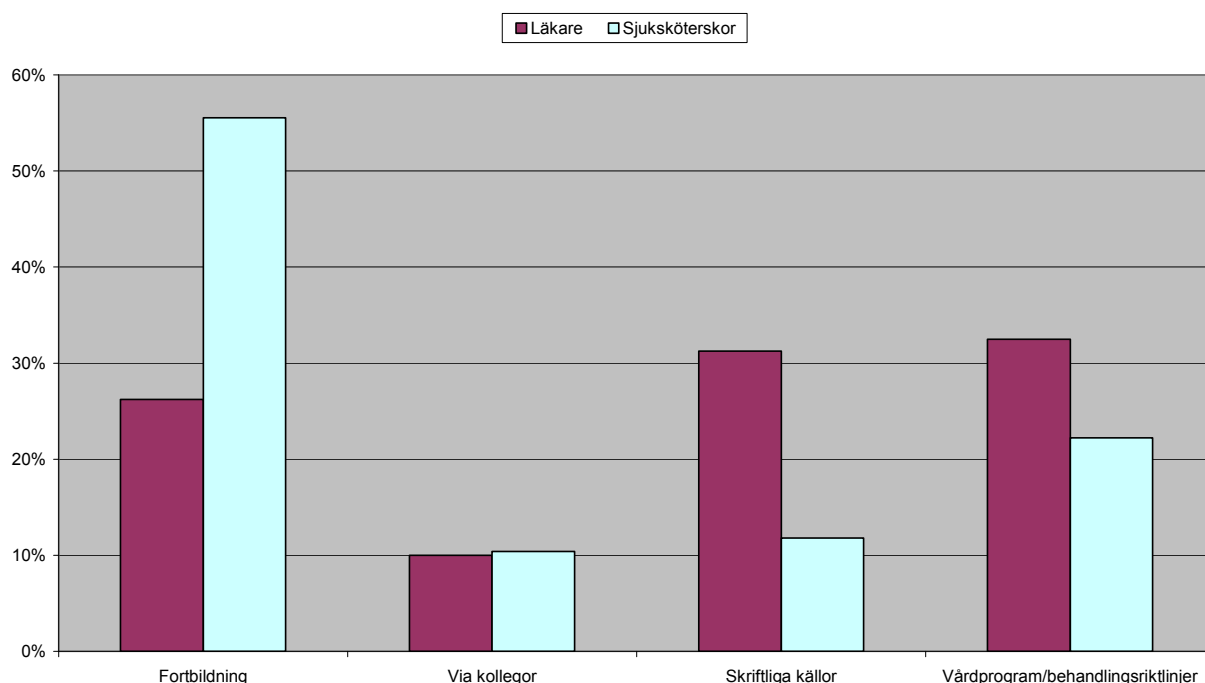
Den huvudsakliga källan till evidensbaserad kunskap för sjuksköterskorna och läkarna vid de aktuella vårdcentralerna i Örebro län är enligt enkätundersökningen "fortbildning" (intern fortbildning, extern fortbildning eller annan fortbildning inom landstinget). Av det totala antalet svarsmarkeringar på denna flervalsfråga där respondenterna ombads ange de två viktigaste källorna sattes 45 procent på dessa alternativ. Detta kan tyckas anmärkningsvärt med tanke på att "Vårdpraxis" finns tillgänglig för alla anställda på vårdcentralen med tillgång till en dator. Först som andra viktigaste källa anges "vårdprogram och behandlingsriktlinjer, som fick 26 procent av markeringarna. Diagram 1 nedan visar fördelningen av svar på denna fråga.

Diagram 1: Källor till evidensbaserad kunskap, samtliga svar



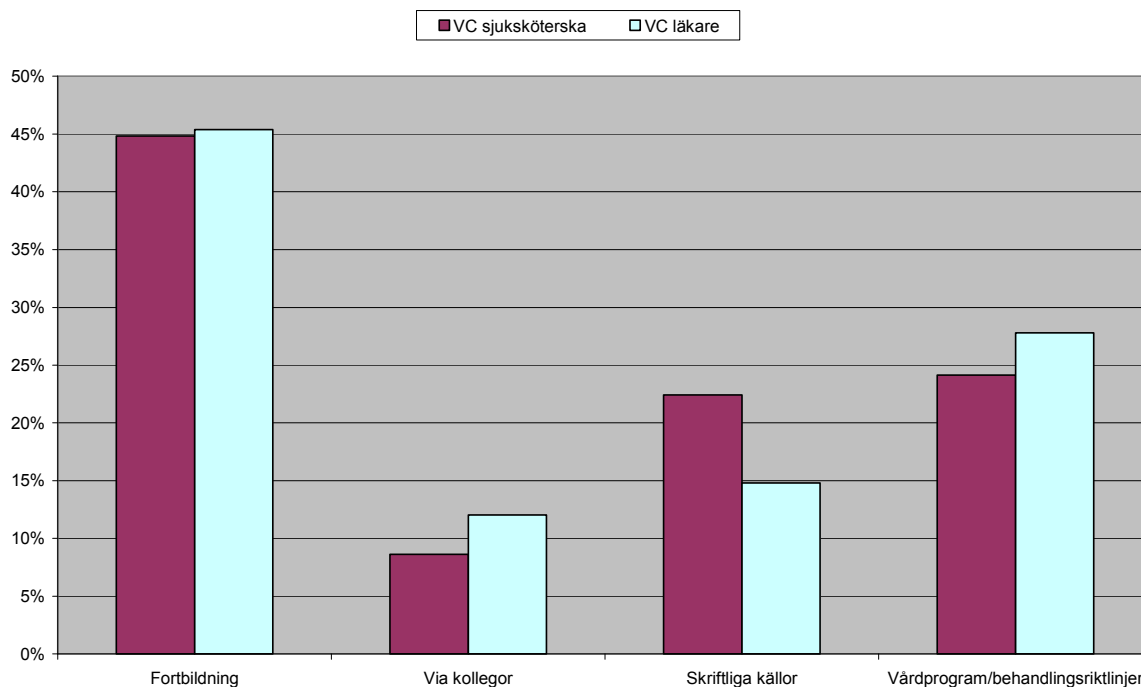
Det finns dock skillnader mellan hur olika yrkesgrupper söker information om evidensbaserad kunskap. Diagram 2 nedan visar att en högre andel sjuksköterskor (56 procent) än läkare (26 procent) anger fortbildning som en huvudsaklig källa till evidensbaserad kunskap. En högre andel av läkarna än av sjuksköterskorna anger skriftliga källor såsom facklitteratur, tidskrifter samt publikationer från SBU och Socialstyrelsen (31 procent respektive 25 procent) och vårdprogram/behandlingsriktlinjer (33 respektive 22 procent) som väsentliga källor.

Diagram 2: Källor till evidensbaserad kunskap - yrkesgrupper



På vårdcentraler där verksamhetschefen är sjuksköterska anger fler respondenter ”skriftliga källor” som en huvudsaklig källa jämfört med vårdcentraler där verksamhetschefen är läkare. Dock är skillnaderna marginella (se diagram 3 nedan).

Diagram 3: Källor till evidensbaserad kunskap - verksamhetschefens grundprofession



I samtalen med cheferna anges "Vårdpraxis" – centralt producerade behandlingsriktlinjer på intranätet – som den viktigaste källan till evidensbaserad kunskap. Uppfattningarna varierar dock angående i vilken utsträckning denna används som ett vardagligt verktyg i mötet med patienter. Andra viktiga källor som nämns är SBU-rapporter, litteratur som söks via Internet samt rekommendationer från Läkemedelsverket och länets lokala läkemedelskommitté. Ett forum för information och diskussion om nya evidensbaserade riktlinjer som betonas är schema-lagda läkarmöten.

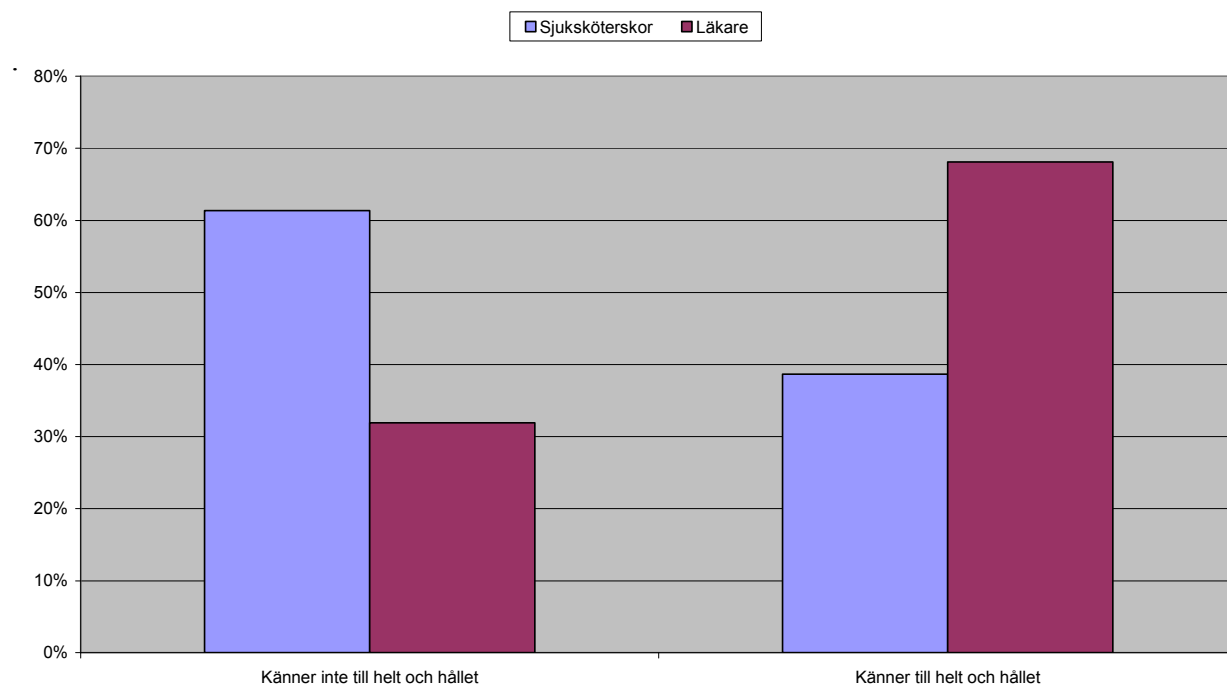
Chefernas arbetssätt varierar när det gäller strukturen och innehållet i dessa möten. I de fall verksamhetschefen är sjuksköterska är det vanliga att MALen håller i diskussionerna om medicinska frågor. Några av cheferna med sjuksköterskeprofession är dock tydliga med att de inte överlåter ansvaret till MALen, utan själva tar initiativet och även själva deltar i diskussionen. Andra sjuksköterskor ger uttryck för ett mer passivt förhållningssätt gentemot de rent medicinska frågorna i detta avseende. Hur de anställda sjuksköterskorna får tillgång till ny kunskap inom sitt område framkommer inte tydligt i intervjuerna. Det förekommer att chefer med sjuksköterskeprofession själva sköter den delen, medan det på andra vårdcentraler inte tycks finnas fastställda rutiner på samma sätt som för läkargruppen.

En aspekt som kom upp i intervjuerna var att det uppfattas finnas en tydlig koppling mellan ”Vårdpraxis” och en strävan från sjukhusen att överföra arbetsuppgifter och ansvarsområden till primärvården. En allmän mening är att sjukhusklinikerna styr detta utan att diskutera med primärvården. Man upplever också att resursfördelningen missgynnar vårdcentralerna eftersom budget inte medföljer när patientgrupper förs över från sjukhusklinikerna.

5.2 Kännedom om vårdprogram och behandlingsriktlinjer

Det finns i undersökningen en tydlig skiljelinje mellan läkares och sjuksköterskors kännedom om vilka vårdprogram och behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga på deras arbetsplatser. Läkare uppger i högre grad att de har kunskap om dessa källor till evidensbaserad kunskap än vad sjuksköterskor gör. Av läkarna anger 68 procent att de helt och hållet känner till de vårdprogram och behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga på arbetsplatsen medan endast 39 procent av sjuksköterskorna anger detsamma. Denna skillnad är höggradigt signifikant ($p = 0,002$).

Diagram 4: Kännedom om vårdprogram och behandlingsriktlinjer - yrkesgrupp



Ingen signifikant skillnad kan påvisas utifrån verksamhetschefens grundprofession. Detta talar emot att verksamhetschefens grundprofession skulle vara av avgörande betydelse för spridning av evidensbaserad kunskap via vårdprogram och behandlingsriktlinjer på vårdcentralerna i Örebro län.

5.3 Betydelse och användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer

Två av enkätfrågorna handlar om hur de anställda värderar och faktiskt använder vårdprogram i det praktiska patientarbetet.

Respondenternas bedömning av hur betydelsefull tillgången till aktuella vårdprogram och behandlingsriktlinjer är jämfört med andra källor för evidensbaserad kunskap skiljer sig inte åt utifrån vare sig verksamhetschefens grundprofession eller respondenternas profession, kön eller erfarenhet i yrket. En stor majoritet av respondenterna (96 procent) tillskriver vårdprogram och behandlingsriktlinjer en stor eller mycket stor betydelse. En majoritet (68 procent) av respondenterna anger att de oftare än en gång per vecka använder sig av de vårdprogram och behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga på arbetsplatsen i det direkta patientarbetet.

Det faktum att 32 procent uppger att de använder dessa verktyg endast upp till en gång per vecka antyder att det finns hinder mot att använda instrument som uppfattas som värdefulla.

I intervjuerna med verksamhetscheferna framkommer ingen samstämmig bild avseende chefernas uppfattning om hur ofta de anställda använder befintliga riktlinjer, framför allt "Vårdpraxis". Bland cheferna finns såväl de som hävdar att riktlinjerna används dagligen av de flesta som de som tror sig veta att de används sällan och av få. På min fråga om det finns skillnader i de olika gruppernas användande av vårdprogram och riktlinjer fanns också olika uppfattningar, även om sjuksköterskorna av cheferna uppfattades som mindre frekventa användare av "Vårdpraxis". De intervjuade verksamhetscheferna är relativt otydliga i sina resonemang om vilka källor till evidensbaserad kunskap som de anser viktigast, men när de får besvara samma enkätfråga som de anställda konkretiserar resonemanget och chefernas svar är i linje med de anställdas uppfattning om vikten av vårdprogram och behandlingsriktlinjer. En rimlig hypotes är att chefernas uppfattning om betydelsen av vårdprogram är präglad av deras uppfattning om hur de faktiskt används och om vilka hinder som finns i det avseendet.

Chefernas arbetssätt för att åstadkomma en ökad användning av dessa riktlinjer och andra källor till evidensbaserad kunskap är också högst varierande. Särskilt tydligt blir detta vid deras redogörelser för vilka strategier de har för att handskas med medarbetare som inte följer de befintliga riktlinjerna. Detta gäller oavsett chefernas grundprofession, men cheferna med sjuksköterskeprofession använder sig som regel av sin MAL för att ta rent medicinska diskussioner, även om det finns de som anser att det är viktigt att även i medicinska sammanhang visa att det är de som har ansvaret. Chefernas förhållningssätt kan illustreras av nedanstående citat hämtade från dessa resonemang:

”Vissa saker får vara om de inte leder till skada. Alla anställda går inte att påverka”. (läkare)

”Ibland krävs ordergivning, men man försöker i första hand med morötter”. (sjuksköterska)

”Har hänt att medarbetare behövt tillrättavisas, men det är svårt att gå in och peka med hela handen”. (läkare)

“Man kan inte tvinga doktorer att ställa upp på sådant som går emot deras samvete”. (läkare)

”Om riktlinjer inte följs så gäller det att nå konsensus i läkargruppen. Avvikelse påtalas med de individer det gäller”. (sjuksköterska)

”Jag tar en direkt diskussion med den det berör”. (sjuksköterska)

”Jag tar upp det med berörd person, i all vänskaplighet”. (läkare)

Strategierna kan indelas i två olika huvudkategorier: att försöka korrigera medarbetare som handlat i strid med överenskomna regler respektive att inte ta strid eftersom det är lönlöst att få alla att gå åt samma håll. Det finns här anledning att återknyta till Nolan (1998) och Reinertsen (1998), som identifierat framgångsfaktorer avseende chefers möjligheter att genomföra förändringsarbete i sjukvården. De pekar på tydlighet i ledarskapet och gemensamma mål med ett värdegrundsarbete som bas. Värt att notera är att chefernas resonemang om anställdas bristande följsamhet vanligen förs avseende läkare. När jag frågade cheferna om de upplever motsvarande problem med att få sjuksköterskor att följa vårdprogram och behandlingsriktlinjer framkom att detta kan vara lika vanligt förekommande. Av någon anledning tycks detta dock upplevas av cheferna som ett mindre problem.

I de anställdas svar finns inga signifikanta skillnader angående deras användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer utifrån verksamhetschefens grundprofession (tabell 2).

Det finns inte heller några signifikanta skillnader avseende respondenternas profession (tabell 3) eller kön (tabell 4). En tydlig tendens finns till att anställda med kortare erfarenhet i yrket använder vårdprogram och behandlingsriktlinjer oftare än de med längre yrkeserfarenhet (tabell 5).

Tabell 2: Användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer - VC grundprofession

			Hur ofta använder du VP och BHR?		Total
			Upp till en gång per vecka	Oftare än en gång per vecka	
Verksam- hetschef	Sjuksköterska	Antal	18	45	63
		% inom VC profession	28,6%	71,4%	100,0%
	Läkare	Antal	21	37	58
		% inom VC profession	36,2%	63,8%	100,0%
Total		Antal	39	82	121
		% inom VC profession	32,2%	67,8%	100,0%

P=0,44

Tabell 3: Användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer - yrkesgrupp

			Hur ofta använder du VP och BHR?		Total
			Upp till en gång per vecka	Oftare än en gång per vecka	
Yrke	Läkare	Antal	12	35	47
		% inom yrkesgrupp	25,5%	74,5%	100,0%
	Sjuksköterska	Antal	27	47	74
		% inom yrkesgrupp	36,5%	63,5%	100,0%
Total		Antal	39	82	121
		% inom yrkesgrupp	32,2%	67,8%	100,0%

P=0,24

Tabell 4: Användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer samt kön

			Hur ofta använder du VP och BHR?		Total
			Upp till en gång per vecka	Oftare än en gång per vecka	
Kön	Man	Antal	9	22	31
		% inom kön	29,0%	71,0%	100,0%
	Kvinna	Antal	30	59	89
		% inom kön	33,7%	66,3%	100,0%
Total		Antal	39	81	120
		% inom kön	32,5%	67,5%	100,0%

P=0,82

Tabell 5: Användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer samt erfarenhet i yrket

			Hur ofta använder du VP och BHR?		Total
			Upp till en gång per vecka	Oftare än en gång per vecka	
År efter leg.	10 eller mindre	Antal	2	14	16
		% inom år efter leg.	12,5%	87,5%	100,0%
	Mer än 10	Antal	37	68	105
		% inom år efter leg.	35,2%	64,8%	100,0%
Total		Antal	39	82	121
		% inom år efter leg.	32,2%	67,8%	100,0%

P=0,09

5.4 Ansvar för vårdprogram och behandlingsriktlinjer

De anställda har via enkäten ombetts ta ställning till påståenden om olika aktörers ansvar för tillgången till och tillämpningen av vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Svaren kan sägas avspegla de anställdas värdering av vem som ska försörja verksamheten och dess anställda med kunskap och därigenom ansvara för kompetensutvecklingen. Man bör också kunna förvänta sig att respondenterna i sina svar väger in en bedömning av den aktuella verksamhetschefens och andra aktörers möjligheter att ta ett sådant ansvar.

Verksamhetschefen anges av respondenterna ha den högsta graden av ansvar för *tillgången* till vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor och kvinnor anger en signifikant högre grad av ansvar för verksamhetschefen än läkare och män gör ($p < 0,05$). Återigen finns ingen skillnad utifrån verksamhetschefens grundprofession.

Diagram 5: Ansvar för tillgång till vårdprogram och behandlingsriktlinjer - yrkesgrupp

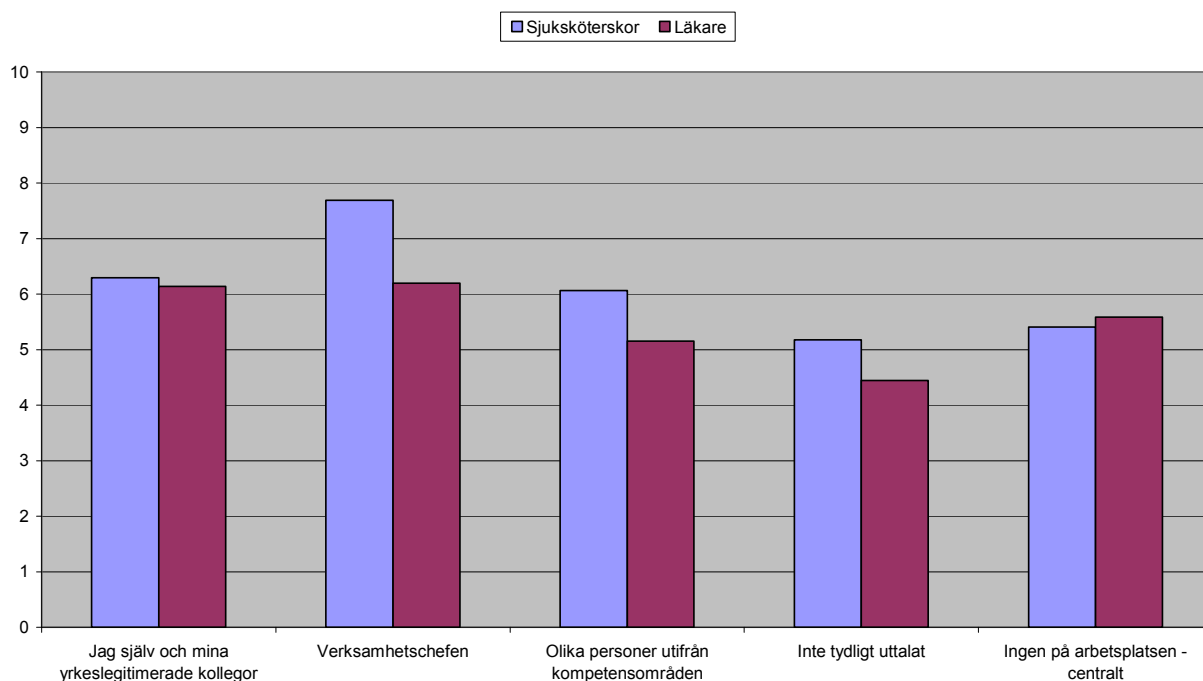
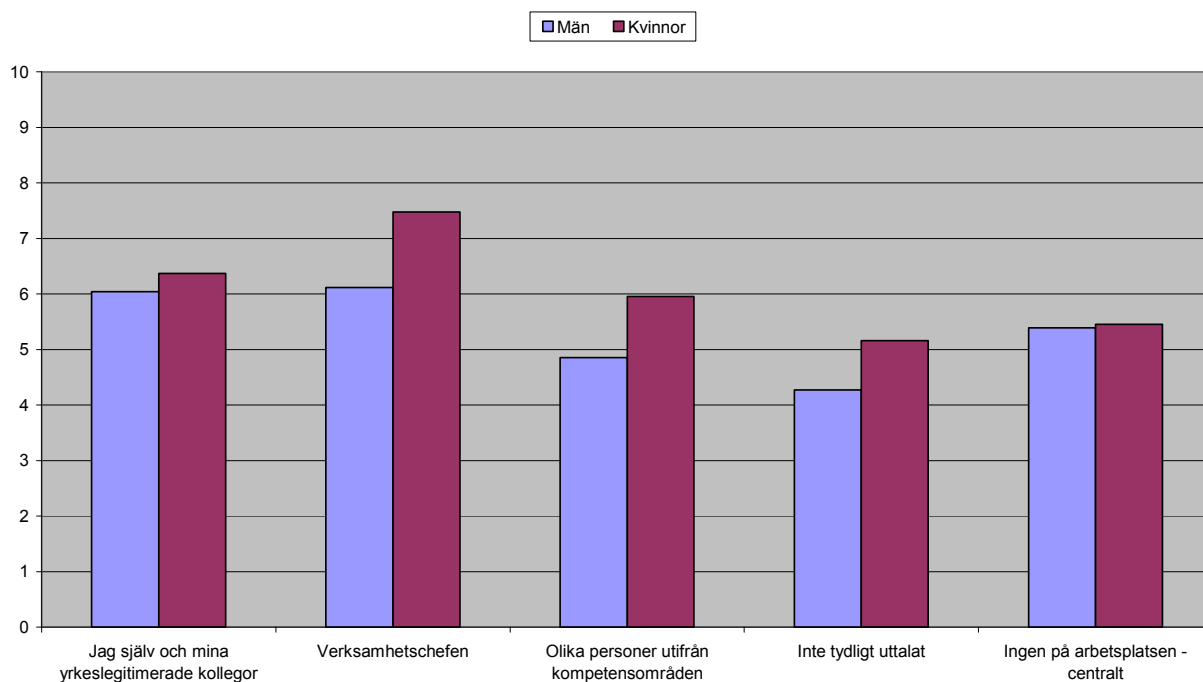
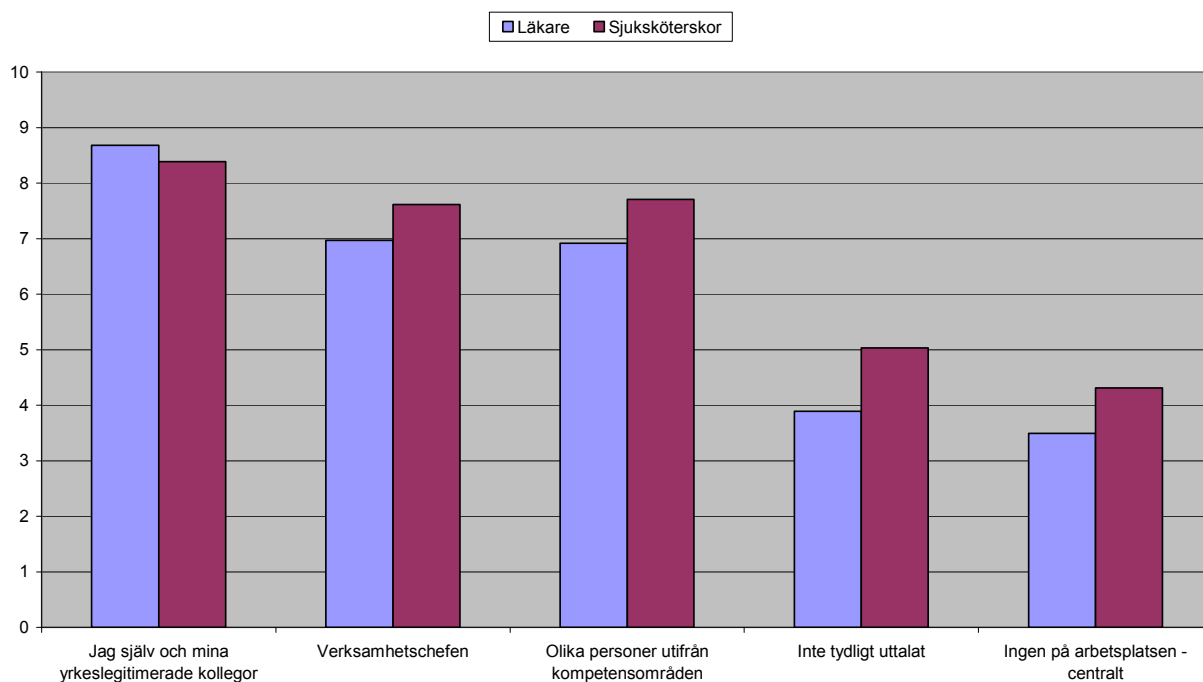


Diagram 6: Ansvar för tillgång till vårdprogram och behandlingsriktlinjer - kön



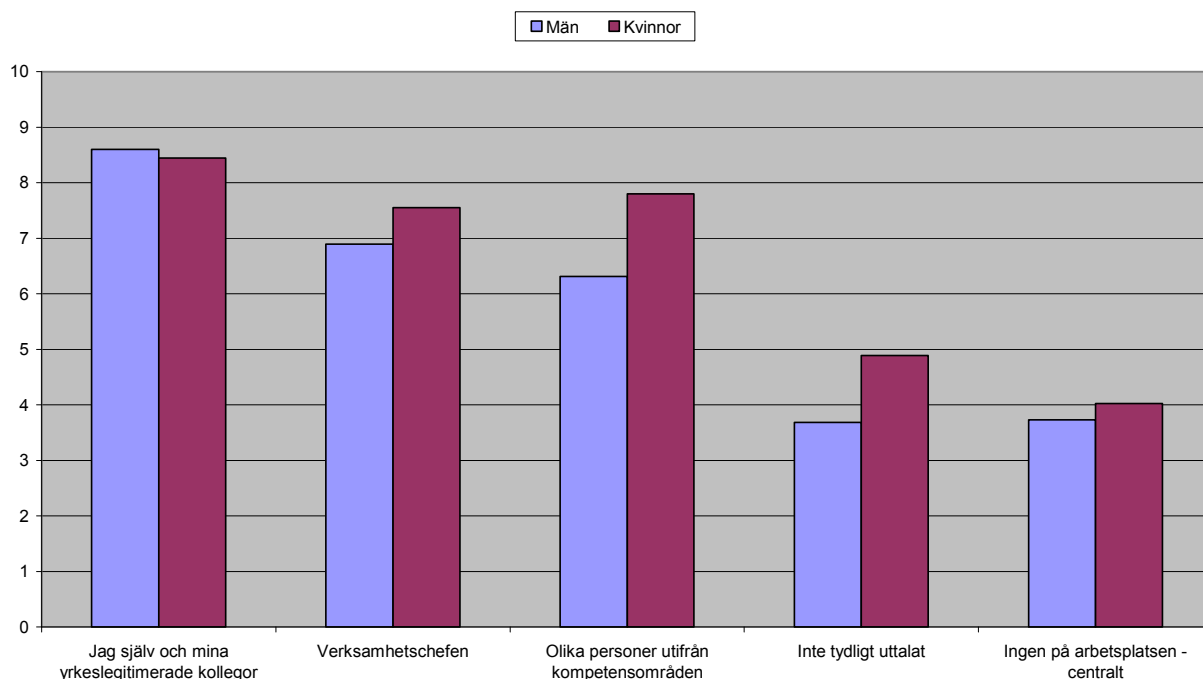
Variabeln ”Jag själv och mina yrkeslegitimerade kollegor” anges av respondenterna ha den högsta graden av ansvar för *tillämpningen* av vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor anger i högre grad än läkare ($p < 0,05$) att ansvaret är ”inte tydligt uttalat” (diagram 7)

Diagram 7: Ansvar för tillämpning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer - yrkesgrupp



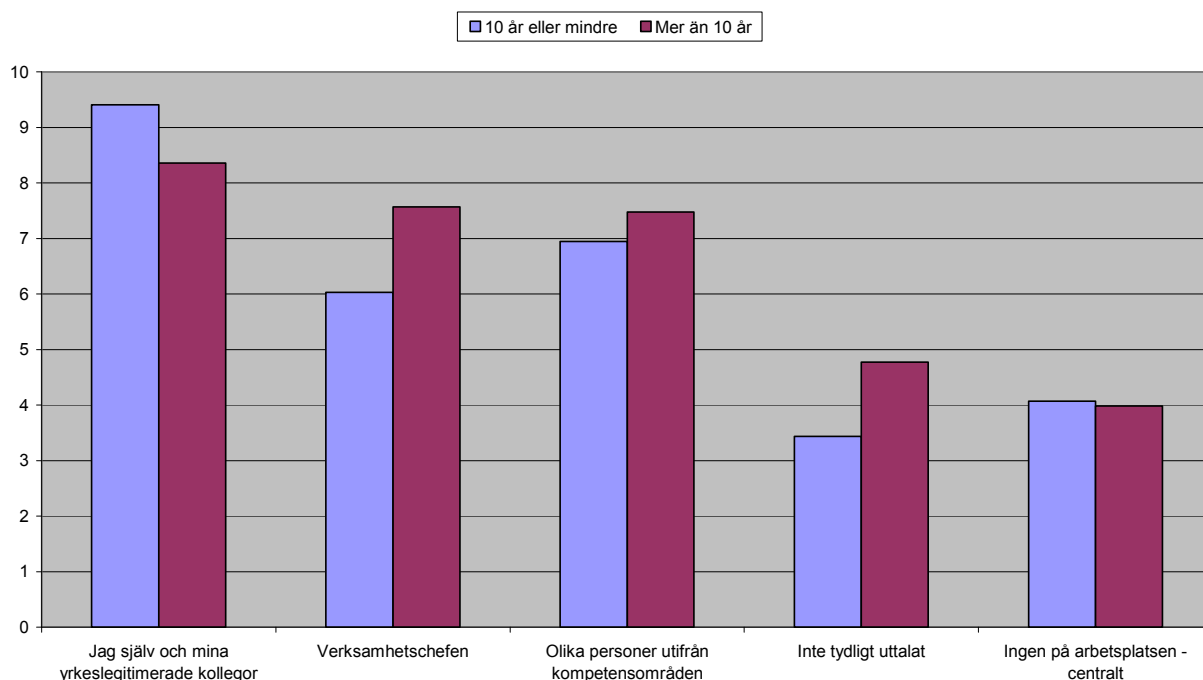
Kvinnor anger högre grad av ansvar för ”olika personer” samt i högre grad att ansvaret är ”inte tydligt uttalat” (diagram 8).

Diagram 8: Ansvar för tillämpning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer - kön



Anställda med en lång yrkeserfarenhet tillskriver individen en högre grad av personligt ansvar och verksamhetschefen ett lägre ansvar jämfört med de anställda som har en kortare erfarenhet i yrket (diagram 9). Ingen skillnad kan ses utifrån verksamhetschefens grundprofession.

Diagram 9: Ansvar för tillämpning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer - erfarenhet i yrket



Vid den statistiska analysen av svaren på dessa frågor ses en tydlig samvariation mellan yrke och kön. Det har inte varit möjligt att närmare analysera detta, men det faktum att sjuksköterskegruppen består av 74 kvinnor och endast en man är naturligtvis en viktig faktor i sammanhanget.

5.5 Huvudansvaret för att evidensbaserad kunskap används

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård (1997:8) ansvarar verksamhetschefen som tidigare nämnts för att vården tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet. Detta skulle kunna tolkas som att det är chefen som har huvudansvaret för att evidensbaserad kunskap används i det praktiska vårdarbetet. Samtidigt har alla legitimerade anställda inom vården ett eget yrkesansvar som innefattar att agera utifrån ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

Svaren på frågan i enkäten till de anställda om vem de anser bör ha huvudansvaret för att evidensbaserad kunskap används i vården kan sägas avspegla hur individerna tolkat balansen mellan dessa ansvarsförhållanden. Degeling (2003) efterlyser en balans i form av det han kallar en ansvarsfull autonomi som har sin grund i en ökad medvetenhet och kunskap hos både sjukvårdens professionella och deras chefer om behovet av en ökad systematisering av vården.

Som den som borde ha huvudansvaret för att evidensbaserad kunskap används i vården anges av 38 procent respektive 39 procent av respondenterna ”Jag själv och mina yrkeslegitimerade kollegor” och ”verksamhetschefen”. En signifikant högre andel av sjuksköterskor och kvinnor anser att verksamhetschefen borde ha huvudansvaret medan en högre andel läkare och män betonade det personliga ansvaret hos alla yrkeslegitimerade anställda. Vid gruppering av svaren i endast två kategorier – ”verksamhetschefen” och ”annan än verksamhetschefen” – fördelar sig svaren så som visas i diagrammen nedan.

Diagram 10: Huvudansvar för att evidensbaserad kunskap används - yrkesgrupp

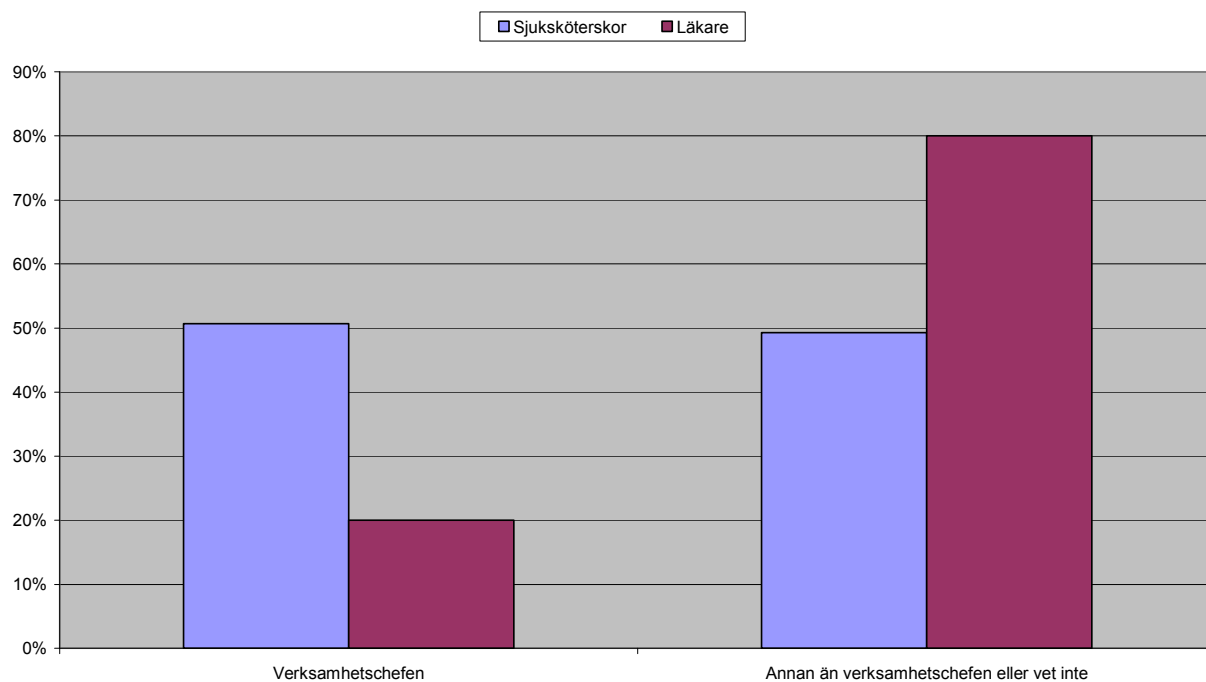
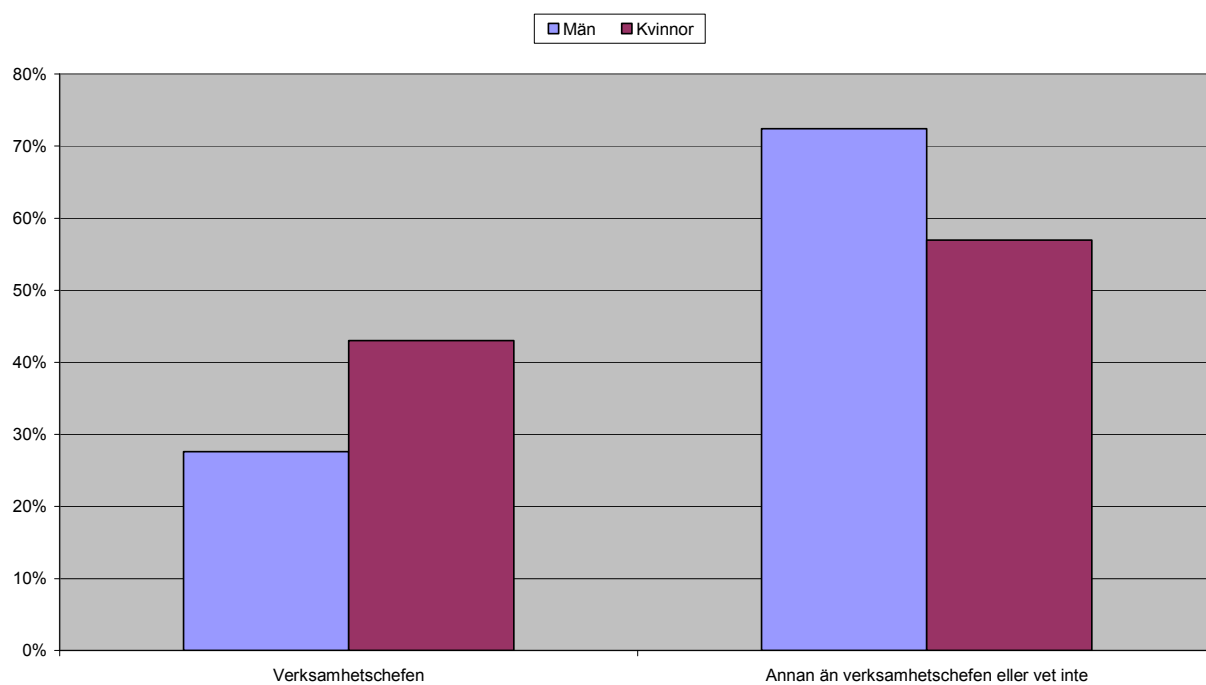


Diagram 11: Huvudansvar för att evidensbaserad kunskap används - kön



Skillnaden mellan grupperna är statistiskt signifikant avseende yrkesgrupp ($p = 0,001$), men inte lika uttalad avseende kön ($p = 0,19$). Inga signifikanta skillnader kan ses utifrån verksamhetschefens grundprofession eller respondenternas erfarenhet i yrket.

De intervjuade verksamhetscheferna ger samfällt uttryck för att verksamhetschefen bör ha huvudansvaret för implementering av evidensbaserad kunskap. Cheferna uttalar en allmänt positiv attityd till användandet av evidensbaserad kunskap i vården och flera använder begreppen nödvändig eller helt nödvändig. Flera av cheferna påpekar att tillämpningen dock måste anpassas utifrån de individuella patienternas behov och att detta blir extra tydligt i primärvården där patienterna mer sällan än på sjukhuskliniker har en tydlig diagnos. "Alla som kommer är inte sjuka och dem kan man ju inte använda evidens på". Evidensbaserad vård uppfattas av några som en ny beteckning på något som alltid praktiserats - vetenskap och beprövad erfarenhet. "Man kräks nästan på uttrycket evidensbaserad vård som modebegrepp."

Vissa av cheferna menar att tids- och resursbrist är det viktigaste hindret mot en ökad tillämpning av evidensbaserad vård, medan andra anger tradition och kulturella hinder som viktigare. "Att gå ur befintliga hjulspår är det största hindret." Dessa uppfattningar är oberoende av chefernas grundprofession. I intervjuerna framkommer en samstämmig bild av en primärvård präglad av läkarbrist. Särskilt betonas det komplicerade beroendeförhållandet till tillfälligt inhyrda läkare. Som kontrast till denna samstämmiga problembild lyfter en av de intervjuade fram att det faktum att vårdcentralen till stor del bemannas med veckovis inhyrda läkare har tvingat fram bättre rutiner för användandet av behandlingsriktlinjer och att detta varit positivt för verksamheten som helhet.

När jag ber cheferna berätta om sin strategi för att få medarbetarna att bedriva en god vård svarar många med allmänt positivt värdeladdade ord som delaktighet, tydligt uppdrag, delegering och konsensus. Strategierna för medarbetarnas professionella utveckling med syftet att ge patienterna en god vård är mindre framträdande. Konkreta metoder som nämns är individuella kompetensutvecklingsplaner som överenskomms vid medarbetarsamtal, teambaserade utvecklingsprojekt med genombrottsmetodik och kunskapsspridning genom arbete på andra vårdcentraler.

En allmän uppfattning bland chefer med båda grundprofessioner är att läkargruppen är viktigast att ”få med sig”. En verksamhetschef konstaterar att “styra distriktsläkare är svårt” och “det går inte att tala om hur de ska göra, men diskutera kan man ju alltid göra”. Flera andra är dock tydliga med att de förväntade sig att efter att konsensus nåtts om ett arbetssätt, ibland efter livlig diskussion, så ska alla följa överenskommelsen. Det finns en intressant koppling mellan chefernas uppfattning om att läkarna är den viktigaste gruppen för att bedriva god vård och att sjuksköterskorna i högre grad än läkarna anger verksamhetschefen som ansvarig för att evidensbaserad kunskap tillämpas. Min tolkning är att läkarnas traditionella roll som mer fristående än sjuksköterskorna gentemot sina chefer kvarstår, åtminstone på de undersökta enheterna. Trots farhågor om en minskad frihet för läkare som yrkesutövare och rent av en ”proletarisering” (Harrison och Dowswell 2002) i takt med sjukvårdens ökade reglering, där evidensbaseringen varit en viktig komponent, kvarstår påtagliga skillnader mot sjuksköterskors mer begränsade manöverutrymme.

Ett tema som kan ses som ett uttryck för detta, som kom upp i de första intervjuerna och som jag sedan aktivt tog upp med de övriga verksamhetscheferna är överföringen av arbetsuppgifter från läkargruppen till sjuksköterskor. Förutom att belysa betydelsen av professionella identiteter och revir vid planeringen av hur vården praktiskt skall utföras ger denna problematik en bild av verksamhetschefers svårigheter att agera utifrån evidensbaserade rekommendationer. Bakgrunden är att det nyligen kommit en rapport från Läkemedelsverket som anger att det vid typiska symtom på okomplicerad urinvägsinfektion hos kvinnor inte är nödvändigt med ytterligare utredning. Vissa vårdcentraler har infört sjuksköterskebaserade infektionsmottagningar där dessa patienter kan få behandling utan att träffa läkare. På vissa vårdcentraler sköter sjuksköterskor även okomplicerade hals- och öroninfektioner. Det visade sig i intervjuerna att införande av denna typ av sjuksköterskebaserade mottagningar är en fråga som flera av cheferna har haft svårt att hantera till följd av motstånd från läkargruppen. Många läkare har svårt att acceptera denna typ av överförande av arbetsuppgifter trots en hög arbetsmängd och behov av avlastning. De intervjuade cheferna har hanterat frågan på olika sätt och resultatet har blivit att läkarna på många vårdcentraler ännu har kvar denna arbetsuppgift.

5.6 Betydelsen av verksamhetschefens grundprofession

Efter revideringen av Hälso- och sjukvårdslagen har allt fler sjuksköterskor (och personer med andra professioner med eller utan sjukvårdsutbildning) förordnats som verksamhetschefer inom sjukvården, framför allt utanför akutsjukhus (Granestränd 2005). Trots detta finns inga vetenskapliga artiklar publicerade, där sjuksköterskors ledarskap för läkare analyseras. Däremot har betydelsen av verksamhetschefens grundprofession för sjukvårdens utveckling *debatterats* livligt i fackpress och liknande (se t ex Ihre 2005, Wedin 2005 och Lindén 2006). Den övervägande uppfattningen hos de intervjuade verksamhetscheferna är att chefens grundprofession inte behöver ha betydelse för implementeringen av evidensbaserad kunskap i primärvården. I gruppen intervjuade chefer med grundprofession som läkare menar man dock att det är synd att inte fler läkare vill vara chefer. Uppfattningen att det är nödvändigt att chefen är läkare framkommer också. Som skäl för detta framförs att det krävs en högre medicinsk kunskap för att kunna ta strategiska beslut och att medicinsk kunskap krävs även för ekonomiska ställningstaganden om läkemedelsval m.m. En av verksamhetscheferna (läkare) anser att chefens grundprofession sannolikt inte har betydelse eftersom ”läkarna gör ändå till stor del som de anser är bäst.” En generell uppfattning hos cheferna är att det är viktigt att få med sig läkargruppen för att lyckas med att förändra arbetssätt. På följdfrågan om det har betydelse för läkarnas respektive sjuksköterskornas professionella utveckling viken grundprofession chefen har framkommer en mindre tydlig bild. Särskilt sjuksköterskornas utveckling i yrket tycks vara en fråga som man inte reflekterat över och som upplevs som mindre viktig än betydelsen för läkargruppen.

I enkätundersökningen framkommer däremot inga statistiskt signifikanta skillnader i sjukvårdspersonalens uppfattning om och tillämpning av evidensbaserad kunskap utifrån verksamhetschefens grundprofession.

6 Diskussion och slutsatser

Syftet med undersökningen har varit att öka kunskapen om sjukvårdsprofessionernas betydelse i allmänhet och ledarens grundprofession inom primärvård i synnerhet för införandet av nya arbetssätt i hälso- och sjukvården. Utifrån kvantitativ statistisk analys av insamlade enkätdata är det inte möjligt att påvisa något samband mellan verksamhetschefens grundprofession och ”tillämpning av aktuell evidensbaserad medicinsk kunskap” i form av lokala vårdprogram och behandlingsriktlinjer på de undersökta vårdcentralerna. Så som den kvantitativa studien designats innebär resultatet inget bevis för att verksamhetschefens grundprofession inte kan ha betydelse på annat sätt för sjukvårdens utveckling. Metodvalet och operationaliseringen innebär att endast en aspekt på nya arbetssätt i hälso- och sjukvården undersökts. Primärvården i Örebro län kan sägas vara ett specialfall när det gäller utarbetandet av lokalt tillgängliga riktlinjer för vård och behandling, eftersom en stor andel av dessa utarbetas centralt i form av ”Vårdpraxis”. Generaliserbarheten avseende resultaten måste därigenom bedömas som låg i förhållande till andra hälso- och sjukvårdsenheter där arbetet med att utarbeta dessa riktlinjer är lokalt och i högre grad påverkbart inom verksamhetschefens ansvarsområde.

Resultaten från den kvantitativa studien överensstämmer med tidigare studier (Nordenström 2003) som visat att en betydande andel av vårdens anställda inte använder evidensbaserade vårdprogram och behandlingsriktlinjer i det dagliga arbetet. Gabbay och Le May (2004) undersökte läkares och sjuksköterskors viktigaste källor till behandlingsriktlinjer i brittisk primärvård och kunde visa att vetenskapliga källor sällan används i första hand. Istället var det vanligare att man förlitade sig på praktisk kunskap baserad på egna och kollegors erfarenheter, representanter från läkemedelsföretag och andra indirekta källor.

Studien av vårdcentralerna i Örebro län tillför ny kunskap vad gäller kopplingen till verksamhetschefens grundprofession och i den direkta jämförelsen mellan olika professioner på samma arbetsplatser. I en studie av olika professioners inställning till riktlinjer för vård och behandling samt patientsäkerhet vid en operationsavdelning i England (McDonald m fl, 2005) sågs en mer positiv hållning hos sjuksköterskor än läkare. Detta förhållande kan inte bekräftas i denna studie. Vid de undersökta vårdcentralerna finns inga signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna avseende deras uppfattning om betydelsen av vårdprogram och andra behandlingsriktlinjer.

Inte heller när det gäller det faktiska användandet av riktlinjer kan signifikanta skillnader påvisas, men läkare anger i högre omfattning än sjuksköterskor vårdprogram och behandlingsriktlinjer som en huvudsaklig källa till evidensbaserad kunskap. Sjuksköterskorna anger däremot fortbildning som en viktig källa i högre utsträckning än läkarna. Denna skillnad mellan professionerna är intressant och kan tolkas som ett uttryck för att läkarprofessionen fortfarande är ledande vad gäller kopplingen mellan vetenskap och kliniskt arbete, trots sjuksköterskegruppens strävanden mot en ökad grad av akademisering och kliniskt anknuten omvårdnadsvetenskaplig forskning (Svensk sjuksköterskeförening 2005). Att sjuksköterskorna i högre grad än läkarna anger verksamhetschefen som ansvarig för att evidensbaserad kunskap används i vården tolkar jag som ett uttryck för läkargruppens större självständighet i sin yrkesutövning än sjuksköterskornas. Här finns också en könsaspekt som inte går att bortse från (Lindgren 1992).

Den kvalitativa delen av studien utfördes med syftet att ge en fördjupning av hur primärvårdschefer ser på sin roll i utvecklingen av nya arbetssätt i allmänhet och i arbetet med implementeringen av evidensbaserad kunskap i synnerhet. De intervjuade cheferna ger uttryck för en allmänt positiv inställning till evidensbaserad vård som företeelse, men det ges också uttryck för dubier angående dess tillämpbarhet i primärvård. Cheferna ser sig i allmänhet som huvudansvariga för att evidensbaserad kunskap används på deras enheter. Strategier för att sprida och implementera denna kunskap i det dagliga patientarbetet skiljer sig åt mellan de olika cheferna, oberoende av deras grundprofession, liksom deras förhållningssätt gentemot medarbetare som inte följer beslutade riktlinjer. Cheferna ger som kollektiv uttryck för en ambition att tillämpa ett utvecklande ledarskap, att motivera och stimulera medarbetarna till utveckling. Samtidigt framförs som en allmän uppfattning att det är svårt att leda professionella grupper i sjukvården, och då särskilt läkare. Några närmast uppgivna kommentarer ges angående detta. Flera kommentarer gavs också som uttryck för en uppfattning om att distriktsläkare på vårdcentraler kan vara mer individualistiska i sina medicinska ställningstaganden än andra läkare. Liknande resonemang fördes avseende distriktssköterskor jämfört med andra sjuksköterskor.

Vid intervjuerna framkom en problematik avseende chefernas ansvar för de olika yrkesgruppernas professionella utveckling. Mest tydligt är detta i fråga om MALens roll i förhållande till verksamhetschefen med sjuksköterskeprofession avseende medicinska frågor, men den

framskymtar även när det gäller sjuksköterskornas professionella utveckling då chefen är läkare. Verksamhetscheferna är mycket tydliga med att läkarna har och måste få ha en ledande roll för den medicinska utvecklingen.

Det framkommer en tydlig skillnad mellan de olika professionernas förutsättningar vid utövandet av verksamhetschefskapet. Mina intervjuer bekräftar den skillnad mellan professionerna som Lindholm och Westin (2005) och flera andra beskrivit när det gäller de olika professionernas möjligheter och benägenhet att lämna det praktiska sjukvårdsarbetet och ägna sig helhjärtat åt chefskapet. På vårdcentralerna i Örebro län är läkare verksamhetschefer på deltid (25-50 procent) och har vid sin sida en föreståndare som är sjuksköterska. Verksamhetschefer som är sjuksköterskor till sin grundprofession har sitt uppdrag på heltid och har enligt övergripande landstingsbeslut en medicinsk rådgivare utan formellt personal- eller ekonomiansvar. Beteckningen MAL (medicinskt ansvarig läkare) är ett uttryck för den otydlighet som råder. Verksamhetschefen är oavsett grundprofession enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvarig för verksamheten, även för det medicinska innehållet. Detta ansvar kan inte delegeras, men verksamhetschefen har möjligheten att ge en läkare i uppdrag att sköta vissa medicinska ledningsuppgifter. Detta är bakgrunden till funktionen MAL, som av flera av de intervjuade uppfattar som oklar. Både MALens roll gentemot läkarna och föreståndarens ansvar i förhållande till sjuksköterskorna framstår som diffus.

En annan bild framkom på en av vårdcentralerna, där en föreståndare och en verksamhetschef efter chefsbyte fortsatt samarbeta i samma parkonstellation, men då istället som verksamhetschef och MAL. Utifrån detta exempel kan kombinationerna verksamhetschef - föreståndare och verksamhetschef - MAL betraktas som ett delat ledarskap som överbryggat de professionella skillnaderna.

Lindholms (2000) iakttagelse om att politiker och administratörer tycks ha en benägenhet att försöka neutralisera läkargruppens motstånd mot förändringar genom att utse sjuksköterskor till chefer är tankeväckande. En annan tanke på samma tema, som bl. a. diskuteras av Dent (2006), är att evidensbaserad vård som rörelse i tiden kan vara ett sätt för samma politiker och administratörer att via tydliga riktlinjer ta kontrollen över en svår genomtränglig och komplex professionell miljö. En illustration av hur ny evidensbaserad kunskap kan kollidera med sjuk-

vårdens invanda kulturer och arbetssätt ges via den diskussion om överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor (sjuksköterskebaserad infektionsmottagning) som diskuterades i intervjuerna. I en artikel i den medicinska tidskriften *Medical Journal of Australia* (Van Der Weyden, 2006) identifieras överföringen av arbetsuppgifter från läkare till andra sjukvårdsprofessioner som ett hot med den medicinska professionens självständighet.

Ett annat uttryck för de ständigt närvarande revirstriderna inom vården är uppfattningen hos flera av cheferna att vårdprogram och behandlingsriktlinjer kan vara ett medel för sjukhusen att styra primärvården samt att överföra arbetsuppgifter dit. Primärvårdens strävan efter självständighet gentemot sjukhusklinikerna illustrerar den konkurrens om resurser och uppdrag mellan olika specialistområden som pågår inom vården och som beskrivits av många, däribland Lindgren (1999) och Werkö (2003).

Båda dessa exempel angående överföring av arbetsuppgifter, mellan yrkesgrupper och mellan specialiteter, visar på det organisationsfokus och hänsynstagande till professioners behov som inte sällan blir ett problem i sjukvården som samtidigt strävar, åtminstone officiellt, efter att sätta ”patienten i centrum”. Mintzbergs (1997) uppfattning om att sjukvårdsenheter för att bli framgångsrika måste fås att fungera som system där kraften läggs på samarbete istället för på fragmentisering är således högst aktuell.

Det är ett faktum som sannolikt ingen ifrågasätter att läkarprofessionen har varit och fortfarande är ledande i den medicinska utvecklingen. Det är också en realitet att läkaren fortfarande står som norm när det gäller ledarskap inom hälso- och sjukvårdens organisationer. När Ihre (2005) beskriver sjukvårdverksamheter som leds av ”icke-läkare” får man intrycket att detta är en anomali. Dock är det snarare synsättet att läkare är mer lämpade som verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården på basen av sin grundprofession som är avvikande, åtminstone i relation till den svenska Hälso- och sjukvårdslagen. Det är idag en realitet att många verksamhetschefer inte är läkare. För att ledningsfunktionens kvalitet inom sjukvården ska kunna bli oberoende av den formella ledarens grundprofession krävs enligt min mening att såväl sjukvårdshuvudmännen som de professionella grupperna arbetar tillsammans för att hitta konstruktioner av ledningsfunktioner som möjliggör detta.

Är evidensbaserad vård att likna vid ”kejsarens nya kläder” - ett bländverk som i praktiken inte innehåller något nytt utan bara består av omformuleringar av sjukvårdens traditionella rättesnören ”vetenskap och beprövad erfarenhet”? Man kan utan större fantasi dra parallellen mellan evidensbaserad vård och de organisationsmoden som bland andra Røvik (2000) beskrivit och som färdas över världen och efter en tid ersätts av något annat. I detta perspektiv kan den begränsade följsamheten hos vårdens professionella grupper när det gäller att använda evidensbaserade riktlinjer i det praktiska vårdarbetet vara ett uttryck för ett motstånd mot politikerns och administratörernas olika metoder för att öka sitt inflytande över hur vården bedrivs.

Studien av ett antal vårdcentraler i Örebro län kan inte påvisa skillnader i de anställdas förhållningssätt till evidensbaserad kunskap och tillämpning av denna utifrån verksamhetschefens grundprofession. Däremot visar intervjuerna med verksamhetscheferna och den organisatoriska miljö som de verkar i att systemet inte är neutralt i förhållande till chefens grundprofession. Den kvantitativa enkätstudien påvisar att de olika professionella gruppernas förhållningssätt gentemot både evidensbaserad kunskap och ledarens ansvar för implementering av denna skiljer sig åt. Detta styrker uppfattningen att sjukvårdens professioner är av avgörande betydelse för vårdverksamhetens utveckling. Dessa grupper är dock också bärare av sociala och kulturella arv och aktörer i ett maktspel som i hög grad påverkar hälso- och sjukvårdens struktur, organisation och resursfördelning.

Studien har syftat till att öka kunskapen om professionernas betydelse för införandet av nya arbetssätt i allmänhet och implementering av evidensbaserad kunskap i sjukvården i synnerhet. Fem huvudsakliga fynd i studien anser jag är av intresse att lyfta fram:

- Studien ger inga belägg för att verksamhetschefens grundprofession har betydelse för implementeringen av evidensbaserad kunskap på dessa vårdcentraler. Detta är intressant med tanke på de senaste årens intensiva debatt om grundprofessionens betydelse för ledarskapet inom sjukvården, även om resultatens generaliserbarhet utifrån studiens design måste betraktas som begränsad. Ytterligare forskning krävs för att öka kunskapen om hur den svenska sjukvårdens utveckling påverkas av att lagstiftningen sedan tio år inte reglerar vilken grundprofession verksamhetschefer skall ha.

- Inga signifikanta skillnader kan påvisas avseende de anställdas faktiska användning av vårdprogram och behandlingsriktlinjer utifrån deras profession eller kön. Däremot ses en skillnad avseende uppgivna källor till evidensbaserad kunskap. Sjuksköterskorna anger fortbildning som viktigaste källa till evidensbaserad kunskap medan läkarna uppger skriftliga källor såsom tidskrifter, rapporter från SBU och Socialstyrelsen samt vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Läkarna anger en högre grad av kännedom om befintliga vårdprogram och behandlingsriktlinjer än sjuksköterskorna gör. Ett problemområde som tydligt framkom vid intervjuerna var en otydlighet om hur de anställda sjuksköterskornas behov av kompetensutveckling inom evidensbaserad omvårdnad ska tillgodoses. Läkarnas utveckling i yrket prioriteras av verksamhetschefer med båda grundprofessioner. Detta väcker frågor om sjuksköterskegruppens roll i evidensbaseringen av vården.
- Sjuksköterskor anger i högre grad än läkare verksamhetschefen som huvudansvarig för att evidensbaserad kunskap används i vården, medan läkare i högre grad betonar det individuella ansvaret. Detta resultat är entydigt, men grumlats något av att det också finns en tydlig könsskillnad även om denna inte är statistiskt signifikant. Alla sjuksköterskor som besvarat enkäterna förutom en är kvinnor. En uttalad samvariation mellan profession och kön finns därför i materialet. Resultatet ter sig inte så förvånande med tanke på de båda professionernas historiska bakgrund, där läkarprofessionen framstår som avsevärt mer självständig gentemot olika typer av yttre påverkan.
- Verksamhetscheferna har oberoende av grundprofession en på ytan positiv inställning till evidensbaserad kunskap och betraktar sig som i hög grad ansvariga för tillämpningen av evidensbaserad kunskap. Avseende chefernas förhållningssätt till den faktiska implementeringen är bilden mer mångfacetterad. En hög grad av samstämmighet finns dock i chefernas uppfattning om att det är viktigast att få med sig läkarna i detta arbete framför andra professioner. Ett allmänt förhållningssätt är också att individuella och professionsbaserade hänsyn måste tas, särskilt i förhållande till läkargruppen. Förhandlingar och strävan efter konsensus dominerar som metoder.

Av alla de frågor som berörts men kvarstår obesvarade efter denna studie finns några som jag särskilt vill lyfta fram som möjliga underlag för framtida forskning.

De senaste årens öppna redovisningar av data från sjukvårdens kvalitetsregister möjliggör jämförelser av vårdens resultat ända ner på kliniknivå och därmed skulle studier av ledarskapets betydelse för sjukvårdens faktiska resultat kunna genomföras. Här kan ledarens grundprofession vara en av flera intressanta parametrar att studera.

I min litteraturgenomgång har fokus till stor del legat på läkare som den centrala professionen inom sjukvården. Detta har sin grund i att en betydligt mindre andel av den litteratur jag studerat behandlar sjuksköterskors roll som bärare av en professionell kultur och inom evidensbaserad vård. Fynden i den empiriska studien tyder också på att det finns professionsberoende skillnader avseende förhållningssättet till evidensbaserad kunskap. Utifrån detta ser jag sjuksköterskeprofessionens roll i den fortsatta evidensbaseringen av vården som ett angeläget fält för fortsatt forskning, särskilt som akademiseringen av sjuksköterskeutbildningen i vårt land har som ett mål att stärka den vetenskapliga basen inom kompetensområdet omvårdnad.

7 Referenser

Abrahamsson, B (1986): Vad är intressant med professioner? i Broady D.(red), *Professionaliseringsfällan*, Carlssons.

Anell A (2004): *Strukturer, resurser, drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar*, Studentlitteratur, ISSN 99-2488427-2

Aspelin P, Hagenfeldt K, Rehnqvist N (2006): Evidens ger vården en säkrare grund – varken mer eller mindre, *Läkartidningen* 103, 1-2: 7-8

Bass B M (1985): *Leadership and Performance Beyond Expectations*, The Free Press, New York

Bero L A, Grilli R, Grimshaw J M, Harvey E, Oxman A D, Thomson M A (1998): Closing the gap between research and practice - an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings, *British Medical Journal*, 317: 465-8.

Blomgren M, Lindholm C och Sahlin-Andersson K (1999): *Att leda landsting - styrning, samordning och ansvar i nätverk*, Landstingsförbundet., Stockholm

Bourn M, Ezzamel M (1986): Organizational culture in hospitals in the national health service, *Financial Accountability & Management*, vol 2, nr 3: 202-225

Cabana, M et al. (1999): Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?, *Journal of the American Medical Association*, 282: 1458-65

Calltorp J (1998): Att förändra det medicinska handlandet - Klinisk tradition och kultur möter utvärderingsdata, *Läkartidningen*, 95, 15: 1698-99

Calltorp J m fl (2006): *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*, SKL, ISBN-10: 91-7164-189-0

Cochrane A L (1972): *Effectiveness And Efficiency - Random Reflections on Health Services*, ISBN 185315394X

Cohen A.M., Stavri, P.Z., Hersh, W.R (2004): A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine, *International Journal of Medical Informatics*, 73, 35-48

Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B (2003): Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"?, *British Medical Journal*, 326: 649-652

Denk T: *Komparativ metod - förståelse genom jämförelse*, Studentlitteratur 2002

Dent M (2006): Disciplining the medical profession? Implications of patient choice for medical dominance, *Health Sociology Review*, Vol. 15: 458-468,

Dowton S B (2004): Leadership in medicine: where are the leaders?, *Medical Journal of Australia*, 181, 11/12: 652-654

Eklund A-K (2005): Patienterna är förlorare när läkare markerar revir mot sjuksköterskor, *Dagens medicin*, 48/2005

Evidence Based Medicine Working Group (1992): Evidence based medicine - a new approach to teaching the practice of medicine, *Journal of the American Medical Association*, 268: 2420-2425.

Fineout-Overholt, Melnyk B (2005): Building a Culture of Best Practice, *Nurse Leader*, December 2005

Firth-Cozens J, Mowbray D (2001): Leadership and the quality of care, *Quality and Safety in Health Care*, 10: 3-7

Freeman A C, Sweeney K (2001): Why general practitioners do not implement evidence, *British Medical Journal*, 323:1-5

Gabbay J, Le May A (2004): Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" - Ethnographic study of knowledge management in primary care, *British Medical Journal*, 329: 1013

Granestrånd C (2005): Sjuksköterskor styr 4 av 10 vårdcentraler, *Dagens Samhälle*, 30/2005

Hallin B, Siverbo S (2002): *Jakten på den goda styrningen - En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Rapport nr 3

Hatala R, Guyatt G (2002): Evaluating the Teaching of Evidence-Based Medicine, *Journal of the American Medical Association*, 288: 1110-1112.

Harrison S, Dowswell G (2008): Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say, *Sociology of Health & Illness*, 24, 2: 208-226

Hildingsson K, Krafft C (2002): *Renhårigt – om kvinnors ledarskap*, SACO

Hood C (1995): The "New Public Management" In The 1980s - Variations On A Theme, *Accounting, Organizations and Society*, 20, 2/3: 93-109,

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), reviderad 1997-01-01

Ihre T (2005): Verksamhetschefen behöver en "avlösare", *Sjukhusläkaren* 04/2005

Ivarsson M-L (2005): *Evidensbaserad medicin och dess implementering i vården*, Växjö Universitet

Jacobson L D, Edwards A G K, Granier S K, Butler C C (1997): Evidence based medicine and general practice, *British Journal of General Practice*, 47: 449-52

Jansson, T (2003): Från kunskap till praxis - *Hinder och möjligheter i arbetet med att förändra medicinsk praxis*, Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, Rapport Nr 8, ISSN 1651-8047

Johannesen A, Tufte P A, Kristoffersen L (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskaplige metode*, 3. utgave, Abstrakt forlag,

Larsson G, Kallenberg K red. (2006): *Direkt ledarskap*, Försvarshögskolan, ISBN 91-975753-7-2

Lindén T (2006): Läkare och ledarskapet i hälso- och sjukvården, *Läkartidningen*, 103, 5, 304-305

Lindgren G (1992): *Doktorer, systrar och flickor*, Carlssons bokförlag, ISBN 917798532X

Lindgren G (1999): *Klass, kön och kirurgi*, Liber, ISBN 91-47-04538-8

Lindholm, M (2000): *The management and leadership of nurse managers in top positions within health care*, Lunds universitet

Lindholm M, Westin J (2005): Frustration över arbetsvillkoren hos svenska verksamhetschefer, *Läkartidningen*, 102, 5: 318-320

McColl A, Smith H, White P, Field J (1998): General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine - a questionnaire survey, *British Medical Journal*. 31, 316: 361-5

Mintzberg H (1993): *Structure in fives. Designing effective organizations*, Prentice Hall

Mintzberg H (1997): Toward Healthier Hospitals, *Health Care Management Review*, 22(4): 9-18

Montin S (2004): *Moderna kommuner*, upplaga 2:1, Liber

Montin Stig, Olsson J (1994): *Demokrati och legitimitet i landstingen - Slutrapport från projektet Politikerrollen i landstingen*, Novemus

Nolan T W (1998): Understanding Medical Systems, *Annals of Internal Medicine*, 128: 293-298

Nordenström J (2003): Evidensbaserad medicin har svårt att nå ut i vardagssjukvården, *Läkartidningen*, 100, 15: 1318-19

Olsson J (2003): *Hälso- och sjukvården och dess utmaningar - underlags-PM för ansvars-kommittén*, Finansdepartementet, Stockholm

Pfeffer J, Salancik G R (1978): *The external control of organizations, A resource dependence perspective*, Harper & Row.

Reinertsen, J L (1998): Physicians as Leaders in the Improvement of Health Care Systems, *Annals of Internal Medicine*, 128: 833-838.

Røvik K A (2000): *Moderna organisationer*, svensk upplaga 1:1, Liber

Shirey M R (2006): Evidence-based Practice: How Nurse Leaders can Facilitate Innovation, *Nursing Administration Quarterly*, 30(3): 252–265

Skålén P (2002): *Kvalitetsidén möter praktiken – Institutionalisering, meningsskapande och organisationskultur*, Karlstad University Studies

Socialstyrelsens författningssamling 1997:8 - *Socialstyrelsens allmänna råd: Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*

Socialstyrelsens författningssamling 2005:12 - *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*

Spjuth M., Hyttsten E (2004): *Ett program för att stärka den kunskapsbaserade/evidensbaserade hälso- och sjukvården*, Sveriges kommuner och landsting

Svensk sjuksköterskeförening (2005): *Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnad.*, Stockholm Bromma Tryck.

Upenieks V ((2002)): What Constitutes Successful Nurse Leadership?, *Journal of Nursing Administration*, 32, 12: 622-632

Van Der Weyden M B (2006): Task transfer - another pressure for evolution of the medical profession, *Medical Journal of Australia*, 185: 29–31

Wedin M (2005): "Gör det möjligt för läkare att bli chefer", *Sjukhusläkaren* 05/2005

Werkö L (2003): Läkarna inte längre herrar på sjukvårdstäppan, *Läkartidningen*, 100, 28-29: 2373-77

Øvretveit J (2004): *The Leaders Role in Quality and Safety Improvement: A review of research and guidance*, Association of County Councils (Landstingsförbundet), Stockholm

Bilaga 1 - enkät

Karlstad 2007-05-13

Enkätundersökning om spridning av evidensbaserad kunskap på vårdcentraler i Örebro län.

Inom ramen för en magisterutbildning i offentlig förvaltning (MPA) vid Karlstads universitet och Högskolen i Hedmark (Norge) gör jag en undersökning av tillämpningen av evidensbaserad kunskap i hälso- och sjukvårdsorganisationer. Syftet med denna statsvetenskapliga studie är öka kunskapen om hur evidensbaserad kunskap sprids och ledarskapets betydelse för detta. Som exempel på hälso- och sjukvårdsorganisationer har jag valt att studera ett antal vårdcentraler. Jag är själv verksam som läkare och chef i Landstinget i Värmland och har för att undvika påverkan på resultatet valt att göra undersökningen utanför min egen organisation.

Denna enkät, som har skickats till samtliga läkare och sjuksköterskor vid tio vårdcentraler, är ett första led i undersökningen. Därefter ska också verksamhetschefer intervjuas. Resultaten av undersökningen kommer att publiceras i form av en magisteruppsats vid Karlstads universitet.

Primärvårdschef Hans Maltén och de berörda verksamhetscheferna har lämnat sitt medgivande till att undersökningen genomförs, liksom Peter Engfeldt, adjungerad professor vid Allmän-medicinskt forskningscentrum.

Enkäten besvaras anonymt och skickas direkt till mig i bifogat svarskuvert senast 2007-06-04. Ingen medverkande person eller vårdcentral kommer att kunna identifieras i redovisningen av studien.

Svarskuvertet är märkt med en siffra som identifierar vårdcentralen för att jag vid behov ska kunna skicka påminnelse till vårdcentraler med låg svarsfrekvens.

För att enkätundersökningen ska bli möjlig att utvärdera krävs en hög svarsfrekvens. Jag ber dig därför att avsätta en kort stund för att besvara nedanstående frågor och tackar på förhand för din medverkan.

Tveka inte att kontakta mig om det är något du undrar över.

Med vänlig hälsning,

Henrik Svensson
henrik.svensson@liv.se
070-340 49 74

Fråga 1: Vilken är din profession?

- ☐ ST-läkare
- ☐ läkare med specialistkompetens
- ☐ sjuksköterska utan vidareutbildning
- ☐ sjuksköterska med vidareutbildning (distriktssköterska, barnmorska)

Fråga 2: Hur länge har du arbetat i ditt yrke efter att du blev legitimerad?

- ☐ 10 år eller mindre
- ☐ Mer än 10 år

Fråga 3: Vilka alternativ passar in på dig?

- ☐ ålder upp till och med 40 år
- ☐ ålder över 40 år
- ☐ man
- ☐ kvinna

Fråga 4: Vilka är de huvudsakliga sätten för dig att få tillgång till evidensbaserad kunskap inom ditt arbetsfält?

Kryssa de två alternativ som överensstämmer bäst.

- Extern fortbildning (kurser/konferenser) ☐
- Intern fortbildning på arbetsplatsen ☐
- Annan fortbildning inom landstinget ☐
- Via diskussion och samarbete med kollegor ☐
- Facktidsskrifter och annan facklitteratur ☐
- Via Socialstyrelsens och SBU:s publikationer ☐
- Via vårdprogram/behandlingsriktlinjer ☐

Fråga 5: Känner du till vilka vårdprogram och behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga på din arbetsplats?

☐ Ja, helt och hållet ☐ Ja, delvis ☐ Nej

Fråga 6: Hur stor betydelse anser du att tillgången till aktuella vårdprogram och behandlingsriktlinjer har, jämfört med andra källor för evidensbaserad kunskap, för att du ska kunna ge dina patienter en evidensbaserad vård?

☐ Försumbar betydelse ☐ Liten betydelse ☐ Stor betydelse ☐ Mycket stor betydelse

Fråga 7: Hur ofta använder du de vårdprogram och behandlingsriktlinjer som finns tillgängliga på din arbetsplats i det direkta patientarbetet?

☐ varje dag
☐ flera gånger per vecka, men inte varje dag
☐ mellan en gång per vecka och en gång i månaden
☐ mer sällan än en gång per månad

Fråga 8: Ta ställning till nedanstående påståenden om ansvaret för tillgången till vårdprogram och behandlingsriktlinjer genom att sätta ett kryss på varje linje:

a) Jag själv och mina yrkeslegitimerade kollegor har alla ett individuellt ansvar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer finns tillgängliga

Instämmer inte alls _____ Instämmer helt och hållet

b) Verksamhetschefen har ansvaret för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer finns tillgängliga

Instämmer inte alls _____ Instämmer helt och hållet

- c) Olika personer på arbetsplatsen ansvarar, utifrån sina kompetensområden för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer finns tillgängliga

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- d) Det är inte tydligt uttalat vem på arbetsplatsen som ansvarar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer finns tillgängliga

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- e) Ingen på min arbetsplats ansvarar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer finns tillgängliga - detta sköts centralt inom landstinget

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

Fråga 9: Ta ställning till nedanstående påståenden om ansvarsfrågan för tillämpningen av vårdprogram och behandlingsriktlinjer genom att sätta ett kryss på varje linje:

- a) Jag själv och mina yrkeslegitimerade kollegor har alla ett individuellt ansvar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i vården

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- b) Verksamhetschefen har ansvaret för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i vården

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- c) Olika personer på arbetsplatsen ansvarar, utifrån sina kompetensområden, för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i vården

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- d) Det är inte tydligt uttalat vem på arbetsplatsen som ansvarar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i vården

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

- e) Ingen på min arbetsplats ansvarar för att vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i vården - detta sköts centralt inom landstinget

Instämmer
inte alls

Instämmer helt
och hållet

Fråga 10: Vem på din arbetsplats anser du borde ha huvudansvaret för att evidensbase-rad kunskap används i vården?

Kryssa endast ett alternativ.

☐ jag själv och mina yrkeslegitimerade kollegor

☐ verksamhetschefen

☐ olika personer, utifrån sina kompetensområden

☐ ingen på min arbetsplats - detta borde skötas av centrala aktörer i landtinget eller nationellt

☐ vet inte

Tack för din medverkan!

Den besvarade enkäten skickas till mig via bifogat svarskuvert till Karlstads universitet

Henrik Svensson

Bilaga 2 - Underlag för intervjuer med verksamhetschefer

1. Namn
2. Ålder och kön
3. Grundprofession
4. Antal år som verksamhetschef
5. Tidigare annan chefsbefattning?
 - I så fall vilken/vilka och hur länge
6. Vårdcentralens storlek
 - antal läkartjänster
 - antal sjukskötersketjänster
 - upptagningsområde
7. Hur ser du på användandet av evidensbaserad kunskap i vården?
8. Hur får ni tillgång till sådan kunskap här på vårdcentralen?
9. Hur gör du som verksamhetschef för att den ska tas tillvara i det dagliga arbetet?
10. Vilken betydelse tror du det har att du är läkare/sjuksköterska i detta sammanhang?
11. Hur tycker du att jobbet med att sprida och använda evidensbaserad kunskap fungerar på vårdcentralen?

12. Vilka hinder ser du mot en ökad tillämpning av evidensbaserad vård?

13. Kan du berätta om några problem du stött på (och hur du löst dem)?

14. Besvara följande frågor, som även ställt till de anställda:

Hur stor betydelse anser du att tillgången till aktuella vårdprogram och behandlingsriktlinjer har, jämfört med andra källor för evidensbaserad kunskap, för att patienterna ska få en evidensbaserad vård?

☐ Försumbar betydelse ☐ Liten betydelse ☐ Stor betydelse ☐ Mycket stor betydelse

Vem på din arbetsplats har **huvudansvaret** för att evidensbaserad kunskap **används** i vården?

Ange endast ett alternativ.

☐ alla yrkeslegitimerade medarbetare

☐ verksamhetschefen

☐ olika personer, utifrån sina kompetensområden

☐ ingen på min arbetsplats - detta borde skötas av centrala aktörer i landtinget eller nationellt

☐ vet inte

15. Hur skulle du beskriva ditt sätt att jobba för att få medarbetarna att bedriva en god vård?